

António Manuel da Costa Fernandes

Percepção dos adolescentes face ao atendimento da  
equipa de enfermagem: Urgência Pediátrica do CHTV  
Volume II

**Relatório do Mestrado**

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professora Doutora Amarílis Pereira Rocha



Novembro de 2011



“ Um dia um jovem Toxicodependente disse-me: Não  
tenha pena de mim, compreenda-me”

António Fernandes



## AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho fomos acompanhados por diversas pessoas significativas que possibilitaram que o mesmo se tornasse possível e às quais gostaríamos de expressar o nosso agradecimento.

Em primeiro lugar agradecemos aos Senhores Professores Amarílis Pereira Rocha e João Carvalho Duarte pelas observações, conselhos, orientações e disponibilidade na elaboração e construção deste trabalho.

A todos os Adolescentes que aceitaram participar neste estudo.

Ao pessoal técnico da Biblioteca da ESSV pela simpatia disponibilidade e ajudas prestadas.

Uma palavra de agradecimento aos nossos familiares pela compreensão, paciência e colaboração.

Finalmente a todos os que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho, ou que em momentos mais difíceis nos apoiaram e encorajaram para a realização do mesmo.



## **RESUMO**

A Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Viseu, desde 1 de Setembro de 2009 que alargou a idade de atendimento dos adolescentes para os 18 anos. Esta ampliação da idade de atendimento, à semelhança de outras unidades de pediatria nacionais, originou inadequações e inaptações, quer estruturais quer em termos de recursos humanos, concretamente na organização e prestação de cuidados de Enfermagem. São objectivos deste estudo analisar a percepção que os adolescentes têm da equipa de enfermagem da urgência pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, no sentido de promover a adequação da intervenção desta a este grupo etário. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório - descritivo. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semi - estruturada, aplicada a todos os adolescentes com 16 e 17 anos de idade, que recorreram ao serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu no período de 25 a 27 de Agosto de 2011. Os entrevistados reconhecem a necessidade de uma assistência diferenciada aos adolescentes por parte dos enfermeiros, generalizam as suas funções, apontando como principal função dos enfermeiros a ajuda ao médico, referem que os enfermeiros os acompanham contínua e directamente não os diferenciaram de outros técnicos. No que concerne aos cuidados prestados pelos enfermeiros, relatam que estes executam cuidados técnicos e referem nunca lhes ter sido solicitado o consentimento informado escrito e esporadicamente o oral. Emerge também neste estudo a necessidade que os enfermeiros demonstrem não apenas o aperfeiçoamento técnico e científico, como também uma atitude humana e sensibilidade ao actuar com estes adolescentes.

**Palavras-chave:** Percepção, Adolescentes, Enfermagem e Urgência Pediátrica



## **ABSTRAT**

The Pediatric Emergency of the Tondela Viseu Hospital Center, since September 1, 2009 that extended the age of care for adolescents to 18 years. This extension of service age, like other national pediatric units, led to inadequacies and inadaptations, both structural and in terms of human resources, specifically in the organization and delivery of nursing care. The objectives of this study is to analyze the perception that adolescents have about the pediatric emergency nursing Hospital Center Tondela Viseu EPE, in order to promote the appropriateness of this intervention in this age group. It is a qualitative study and exploratory -descriptive. The data were collected through a semi-structured interview, applied to all teenagers aged 16 to 17 years old, who turned to the service of the Pediatric Emergency Center Hospital in Viseu Tondela in the period of 25 to 27 August 2011. The respondents recognize the need for a differentiated assistance to adolescents from nurses; generalize their duties, citing as main function the help of nurses to doctors, they reported that nurses do the monitor continuously and directly, they did not differentiate nurses from other technicians. Regarding the care provided by nurses they report that they perform technical care and refer them to have never been asked for written informed consent and occasionally oral. Also emerges in this study that nurses need to demonstrate not only the improvement of technical and scientific, as well as a human attitude and act with sensitivity to these teenagers.

**Key words:** Perception, Adolescents, and Emergency Nursing Pediatric



## INDICE

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1- CUIDADOS DE SAÚDE E ADOLESCENCIA.....	21
2.2- RELAÇÃO: ENFERMEIRO E ADOLESCENTE.....	23
<b>3- METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
3.1- CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	29
3.2- TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	31
3.3- OBJECTIVOS.....	32
3.4- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
3.5- VARIÁVEIS.....	33
3.6- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	34
3.7- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	36
3.8- TRATAMENTO DE DADOS.....	37
<b>4- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCURSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>5- CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>59</b>
<b>APENDICE-I -Instrumento de Colheita de Dados/guia da Entrevista.....</b>	<b>61</b>
<b>APENDICE-II -Tabela Mestre.....</b>	<b>69</b>
<b>APENDICE-III -Formulário Grupo Focus.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO-I -DESPACHO nº 9871/2010-Alargamento da idade pediátrica.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO-II -Regulamento nº122/2011 e 123/2011 da Ordem dos Enfermeiros....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO-III -Autorização do CHTV, para aplicação da entrevista na UP.....</b>	<b>95</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura-2:</b> Desenho de Investigação.....	32
---	----



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Caracterização sociodemografica e literária.....	41
<b>Tabela 2:</b> Caracterização da admissão .....	43
<b>Tabela 3:</b> Pensamento imediato dos adolescentes, ao terem a percepção da necessidade de recorrer à UP-CHTV.....	44
<b>Tabela 4:</b> Funções dos enfermeiros segundo os adolescentes que corroem UP-CHTV.....	45
<b>Tabela 5:</b> Cuidados prestados pelos enfermeiros da UP-CHTV, aos adolescentes de 16 e 17 anos.....	47
<b>Tabela 6:</b> caracterização da equipa de enfermagem da UP-CHTV, por parte dos adolescentes de 16 e 17 anos de idade.....	47
<b>Tabela 7:</b> Sexo do adolescente relacionado com a opção na categoria “Sexo dos enfermeiros”.....	48
<b>Tabela 8:</b> Sugestões de melhoria da equipa Enfermagem UP-CHTV dada pelos adolescentes de 16 e 17 anos de idade.....	50



## **SIGLAS**

**CHTV** – Centro hospitalar Tondela Viseu, EPE

**MESIP**- Primeiro Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**OMS**- Organização Mundial de Saúde

**PADEESUP**- Percepção que os adolescentes 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu

**UP** – Urgência Pediátrica

**UP-CHTV** – Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE



## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto de indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. (WHO, 2006). No sentido do cumprimento das recomendações das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças (Artigo 1 - “a criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”), e da Carta da Criança Hospitalizada no âmbito da rede de cuidados pediátricos, o Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), mais propriamente dito a Urgência Pediátrica (UP) , desde 1 de Setembro de 2009, alargou, a idade de atendimento dos adolescentes até aos 18 anos.

Embora já no ano de 2000 a OMS iniciou uma recolha a nível mundial sobre as características que deveriam ter os serviços de atendimento à saúde do adolescente, tendo com base nestes elaborado o relatório intitulado “Adolescent Friendly Health Services: an Agenda for Change”, na realidade, esta facha etária continua a encontrar no meio hospitalar um ambiente pouco adequado às suas características e necessidades específicas. Conforme salienta FONSECA (2005), a urgência é o pior local para os adolescentes, uma vez que apresenta limitações físicas, como falta de tempo e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde que se focalizam somente na sintomatologia focada pelo jovem.

O Programa Nacional de Saúde dos Jovens – 2005, salienta que: apesar de ser plausível a criação de unidades hospitalares de adolescentes considera-se prioritário, a curto prazo, melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas estruturas já existentes.

Face a esta breve mas marcante descrição, apercebemo-nos que estas incongruências estão a tornar-se, de forma alarmante, quase como um “lugar comum” na nossa sociedade.

Face a este enquadramento e em virtude da falta de estudos sistemáticos sobre esta problemática, o presente estudo pretende analisar a percepção que os adolescentes têm da equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu (UP-CHTV), no sentido de promover a adequação da intervenção desta a este grupo etário.

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório - descritivo. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada, aplicada a todos os adolescentes com 16 e 17 anos de idade, que recorreram ao serviço de urgência pediátrica do CHTV no período de 25 a 27 de Agosto de 2011. A selecção dos adolescentes que responderam foi pelo processo de amostragem por conveniência.

A centralidade nesta estrutura Hospitalar, emana do propósito de ser o nosso local de trabalho, onde exercemos funções como Enfermeiro Especialista.

Este trabalho tem como objectivo cumprir os requisitos exigidos no âmbito da unidade curricular Relatório Final, no âmbito do primeiro Mestrado de Saúde Infantil na Escola de saúde de Viseu, o qual nos encontramos a frequentar.

Em termos organizativos, o presente trabalho inclui vários capítulos. Iniciamos por apresentar uma breve e resumida revisão bibliográfica, evocando à citação de vários estudiosos que contribuíram para a evolução da compreensão da problemática. Segue-se a metodologia utilizada onde serão desenvolvidas, metodológicas inerentes ao estudo que realizamos: delimitação do problema, enunciação de objectivos, variáveis e desenho da investigação e recolha de dados , assim como os procedimentos e considerações éticas para a sua aplicação. Por último, fazemos uma descrições análise dos dados, assim como comentamos e confrontamos os resultados com recurso a outros autores e estudos já realizados.

Concluimos apresentando os principais resultados do nosso estudo, algumas limitações e sugestões para melhoria da prática Profissional e para continuidade de futuras investigações.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.

O quadro conceptual ou teórico tem como função servir de apoio e de lógica em relação à problemática e fornecer os dados para o conhecimento do problema ou das questões da investigação (DIAS, 2010). Neste contexto, será propósito dos próximos subcapítulos contextualizar os conceitos mais importantes e caracterizar as suas relações mútuas.

### 2.1- CUIDADOS DE SAÚDE E ADOLESCÊNCIA

A história do conceito de adolescência tem raízes muito profundas. Na verdade, o interesse e a alusão ao comportamento e à faixa etária em que se situa a adolescência já existe desde a antiguidade clássica. De acordo com MEDEIROS (2000), já Platão e Aristóteles reconheciam a adolescência como sendo uma hierarquia de acontecimentos no desenvolvimento humano, dando particular significado ao período de transição da infância para a vida adulta.

A Organização Mundial de Saúde, considera adolescente todo o indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade. Para a mesma este período, considerado de transição entre a infância e a idade adulta é composto por surtos de desenvolvimento físico, mental, emocional e esforços no sentido de se alcançarem determinadas metas diferentes e de acordo com cada cultura (PERDIGÃO & PINTO, 2009).

FONSECA (2005) divide a adolescência em três períodos: inicial - dos 10 aos 13 anos; intermédia - dos 14 aos 16 anos; tardia - depois dos 16 anos.

Porém, FERNANDES (2011 cit in BARBOSA 1985), alerta-nos para que estas sub-fases, concorde-se ou não com a terminologia utilizada, não se devem utilizar rigidamente como marcos estáticos servindo apenas como referencial teórico, que poderá ser útil ao profissional de saúde para avaliar o grau de maturidade do adolescente indicando o sentido evolutivo dos problemas mais salientes com que vai lidando ao longo dos anos.

Durante o século XIX surgiram os primeiros hospitais pediátricos que tinham uma função social de acolhimento e de protecção, a par de uma função de cura da doença da criança. O primeiro hospital pediátrico foi criado em Paris – o Hôpital Necker-Enfants Malades, em 1802. Em Portugal, a criação dos hospitais pediátricos surgiu porque se estabeleceram diferenças entre as doenças das crianças e dos adultos e, como tal, era necessário tratá-las separadamente. Em 1870 é criado o Hospital Dona Estefânia em Lisboa

e em 1882 o Real Hospital Maria Pia, no Porto (BATISTA H. & FENANDES A., 2007 cit in GOMES, 1992).

Desde 24 de Fevereiro, por despacho da Direcção - Geral dos Hospitais, a idade pediátrica para as consultas, urgência e internamento era desde o nascimento até os 14 anos e 364 dias.

No entanto, estudos realizados pela Direcção – Geral de Saúde e pelo Instituto de Apoio à Criança – Sector Humanização revelaram que o atendimento, estabelecido nos serviços de pediatria em todos os hospitais, variava entre os 12 e os 18 anos. No sentido de uniformizar a idade pediátrica e criar as condições para cumprimento das recomendações das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças (Artigo 1 - “*a criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo*”), e da Carta da Criança Hospitalizada no âmbito da rede de cuidados pediátricos, a Ministra da Saúde, Doutora Ana Jorge, através do DESPACHO Nº 9871/2010 de 11 de Junho (Anexo-I) determina:

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 (DESPACHO Nº 9871/2010, p.32123).*

A adolescência, em termos de saúde, é um período caracterizado por baixos níveis de morbidade e mortalidade em comparação com a infância e a idade adulta, de tal forma que a maioria dos jovens são saudáveis e consideram-se saudáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). FONSECA (2005, p.107) também refere que “*é frequente encontrarmos adolescentes que não se conseguem sequer lembrar da última vez que recorreram ao médico*”, mas pela existência de comportamentos de risco e sub-utilização dos cuidados de saúde primários, recorrem com frequência aos serviços de urgência hospitalares “*habitualmente, vão resolvendo os seus problemas agudos de saúde a nível dos serviços de Urgência*”.

No entanto e segundo a mesma autora, a urgência apresenta limitações para os jovens deste grupo etário, quer ao nível do espaço físico quer no que se refere aos profissionais. Relativamente às primeiras, habitualmente não garante a privacidade e/ou não está apropriado a este grupo etário. Quanto às segundas, provêm do pouco tempo que

os profissionais de saúde disponibilizam para os doentes que recorrem a este tipo de serviço, acabando-se por focalizar somente nos sintomas manifestados.

FONSECA (2005, p.71) noutro dos seus livros *“Viver com adolescentes”* relata que:

*Já no ano 2000 (que) a Organização de saúde iniciou uma consulta a nível mundial sobre as características que deveriam ter os serviços de atendimento à saúde global do adolescente. Com base nos vários pareceres, enumerou um relatório intitulado – Adolescent Friendly Health Services: Na Agenda for Change. (FONSECA, 2005, p.71).*

No entanto, são vários os factores que levam a que os adolescentes continuem a encontrar no meio hospitalar português um ambiente pouco adequado às suas características e necessidades específicas, embora o Programa Nacional de Saúde dos Jovens – 2005 recomende que, apesar de ser plausível a criação de unidades hospitalares de adolescentes, se considere prioritário, a curto prazo, melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas estruturas já existentes e só depois a construção de unidades específicas de adolescentes (PRAZERES, LARANJEIRA & OLIVEIRA, 2005).

XAVIER (2009), refere que o alargamento até aos 18 anos acarretou grandes benefícios, já que os jovens estavam um pouco perdidos no sistema de saúde. Também refere que os jovens eram deixados fora da idade pediátrica e às vezes os médicos de adultos não tinham formação para lhes prestar os devidos cuidados. Contudo, e segundo o mesmo Pediatra, a “principal adaptação relaciona-se com a formação dos profissionais de saúde”. Em prol desta afirmação diz: *“é diferente trabalhar com um bebé que pesa 500 gramas e um jovem de 16 anos, que pode pesar 100 quilos e está numa fase de maturação completamente diferente”.*

Segundo os guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), o Plano Nacional de Saúde dos Jovens, de 2006, dá indicações para a qualidade e a boa prática na intervenção em saúde nesta faixa etária, destacando-se a preparação técnica dos profissionais e a difusão de modelos de boas práticas, fazendo a conjugação de diversos factores como: preparação técnica e pedagógica dos profissionais, privacidade e confidencialidade, participação juvenil e exercício do consentimento informado.

## 2.2 - RELAÇÃO: ENFERMEIRO E ADOLESCENTE

Com já referimos anteriormente, a maioria dos adolescentes “são órfãos de cuidados de saúde”, e quando ocorrem a estes optam pelo serviço de urgência com a convicção que este é um meio de acesso fácil aos cuidados de saúde que lhes proporciona anonimato,

flexibilidade no horário de atendimento e rapidez na resolução dos problemas. FREIRA & CATURRA, (2004).

No entanto, como refere OPPERMAN & CASSANDRA, (2001, p.175), qualquer “serviço de saúde é ameaçador para os adolescentes que procuram a sua identidade”

O adolescente apresenta “*Medo da dor e das doenças crónicas (...) as doenças e a morte (...) geram dor...*” URRA, 2009, p.171). A capacidade dos adolescentes para manter o controlo é ameaçada pela dor” (OPPERMAN & CASSANDRA, 2001, p.175).

“Muitas vezes o adolescente quando recorre ao serviço de saúde não tem coragem de expressar logo de imediato o principal motivo de preocupação e apresenta uma queixa comum como para testar se pode avançar” (FONSECA, 2005, p. 73) . Segundo a mesma autora, por vezes o adolescente expressa através do corpo o sofrimento ou as inquietações que lhe vão na alma. É essencial fazer o despiste da causa orgânica mas, se esta não se confirmar, há que perceber o que está por detrás desta e actuar a este nível. No entanto no serviço de urgência é complicado prestar cuidados adequados direccionados para a saúde global do adolescente. Como é do nosso conhecimento a Urgência, é pautada pelo pouco tempo que os profissionais de saúde disponibilizam para os jovens que recorrem a este tipo de serviço, acabando por se focalizar somente nos sintomas manifestados.

*Mas, uma boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização - não é a pura satisfação de um direito formal*“(JORGE & SIMÕES, 1995), para que se possa falar de “Saúde Global, é *“necessario as necessidades fisicas, emocionais e psicologicas do adolescente sejam contempladas, nomeadamente, através de um pacote de serviços que dê resposta a essas necidades* (FONSECA, 2005, p.71).

Em função do referido o ultimo autor refere: “...cada dia que passa, aumenta a consciência de que o adolescente, por ter necessidades especiais, precisa, tal como acontece no Recém Nascido, de profissionais que se especializem neste período da vida. E que não desistam de lutar” (FONSECA, 2005, p.73). Podemos dizer que:

*Os profissionais de saúde que actuam nas unidades de Urgência/emergência devem receber treinamento especifico, tanto técnico e científico, quanto uma educação continua voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimentos de seus limites e de suas potencialidades* (TACSI, Y. & VENDRUSCOLO, D., 2004, p. 478 cit in PAVELQUEIRES, 1997).

Esta necessidade de formação dos profissionais de saúde que trabalham com os jovens, já foi sentida pela WHO (2002), que a levou a compilar os consenso “Adolescent

Friendly Health Service”, onde refere como deveria ser um serviço de saúde amigável para o adolescente e nos quais menciona como objectivo: treinar os profissionais de saúde na abordagem a esta facha etária.

Para JORGE & SIMÕES (1995), à competência técnica do enfermeiro deve ser associado o cuidado humano, o cuidado social e o cuidado científico. Por isso, estes profissionais no serviço e urgência que acolhe adolescentes deverão dar:

*Explicações dos procedimentos num nível cognitivo apropriado ao individuo. (...) Qualquer doença ou intervenção que afecte a imagem corporal, quer seja momentânea ou permanente, requer uma explicação cuidadosa. A imagem corporal altera-se através de procedimentos de saúde tão diversos como uma perfusão intra-venosa ou uma amputação (OPPERMAN & CASSANDRA, 2001, p.175).*

Qualquer enfermeiro prestador de cuidados aos jovens, num serviço de urgência, estará integrado numa equipa com um método de trabalho, instituído pelos seus superiores. Podemo-nos perguntar: qual o mais adequada para a equipa que intervém na adolescência? Após termos feita uma pesquisa nesta área, inspirámo-nos em COSTA (2004, p.248) que ao fazer a revisão sistemática “Métodos de Prestação de Cuidados” concluiu:

*Quanto à organização propriamente dita, qualquer dos métodos tem vantagens e inconvenientes, facto que nos deve levar a reflectir sobre os efeitos da utilização dos diversos métodos, a fim de se equacionar a qualidade dos cuidados (...), a satisfação do clientes, a satisfação no trabalho e as vantagens de ordem inter-accional e social, que daí derivam (COSTA, 2004, p.248).*

Por conseguinte, “ o enfermeiro da urgência alia a sofisticação técnica de um ambiente *sui generis* a uma abordagem pessoal e individualizada destinada a conseguir o máximo para o seu doente” VAZ & CATITA (2000, p.17).

Uma das pedras basilares na relação entre profissional de saúde e utente é o consentimento informado. São vários os diplomas supranacionais, tais como, a Convenção dos Direitos do Homem e da biomédica (Artigo 5º e 6º; a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos Artigo 5º); e nacionais, o Código Penal (Artigo 38º, 150º, 156º e 157º), que alimentam esta tese (PERDIGÃO & PINTO, 2009).

Ao analisar-se o consentimento informado relativamente aos actos de enfermagem, somos remetidos para o Código Deontológico dos Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Neste documento, no artigo 76º ponto 1, o enfermeiro está obrigado, no exercício da sua profissão, ao “respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população”; no Artigo 78º, ponto 1, refere-se que:

*As preocupações de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, e a “a)... informar o individuo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação (...) em matéria de cuidados de enfermagem” (Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.75).*

No mesmo código, Artigo 81º, alínea “ e) *o enfermeiro deve-se abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”*

Quando o utente não tem capacidade de decidir/participar nos cuidados de enfermagem, e na ausência de representante legal, “...*dada a natureza de manutenção de vida que é inerente aos cuidados de enfermagem, deverá presumir-se o consentimento” (NUNES, AMARAL & GONÇALVES, 2005, p.221). No que respeita às intervenções interdependentes, o consentimento presumido diz primariamente respeito ao profissional que as prescreve, devendo o enfermeiro “respeitar os limites impostos pela área de competências” de cada área profissional (Artigo 91º do Código Deontológico do Enfermeiro).*

Realça-se que “no exercício da sua profissão, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

FONSECA (2005, p.73) refere que o perfil mais adequado dos profissionais que trabalham com jovens deve ser: “*terem uma boa capacidade de comunicação interpessoal, estarem motivados, não fazem juízos, terem facilidade no estabelecimento de um primeiro contacto, serem alguém em que o jovem confia, estarem prontos para actuar no melhor interesse do jovem, serem compreensivos e competentes.”*

Do anteriormente exposto, fica claro que as competências comunicacionais são determinantes na prestação dos cuidados de enfermagem. Como tal, e em prol da excelência do exercício profissional, compete ao enfermeiro desenvolver essas mesmas competências. A competência revela-se na acção e é indissociável da actividade pela qual se manifesta, como referem GILBERT & PARLIER (1992) ao considerarem-na como o conjunto de conhecimentos, capacidades de acção e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e de um tipo de situação determinado.

PHANEUF (2004, p.5) defende que a enfermeira competente:

*Possui a capacidade de discernimento nas situações críticas, a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que fazem a*

*eficácia da sua acção e (...) igualmente a capacidade de tomar a medida do seu trabalho e de se lhe adaptar, de antecipar, de planificar, de pressentir os perigos, de detectar os riscos e de evitar os erros (PHANEUF, 2004, p.5).*

Segundo as competências do enfermeiro de cuidados gerais, no Artigo 8º- Exercício profissional dos enfermeiros da Ordem dos Enfermeiros, refere-se que “3 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”; e “1 – As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes” (Artigo 9º do mesmo exercício).

O Regulamento nº 122/2011 e nº 123/2011 da Ordem dos Enfermeiros integra as Competências do Enfermeiro especialista comuns e específicas. (Anexo-II)

ROCHA (2007, cit in BENNER, 2001), refere que este último ao estudar os conhecimentos práticos de enfermagem de forma global, isto é, conhecendo os contextos reais de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e excluindo o “efeito redutor inerente a qualquer abordagem da análise das tarefas”, identificou sete domínios dos cuidados de enfermagem: a função de ajuda; a função de educação, de guia; a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; as competências em matéria de organização e de repartição das tarefas.

O primeiro dos sete domínios identificados é a “função de ajuda”. Os doentes procuram nas enfermeiras diferentes tipos de ajuda que não esperam receber de outros profissionais e existem diferenças entre os indivíduos, dependendo deles a procura e a recepção da mesma:

*Uma pessoa pode ser ajudada sem o ter pedido, mas pode pedir ajuda sem ser capaz de a receber. Acontece mesmo que a “ajuda” não ajude; por vezes, alguns indivíduos tendo uma grande necessidade de guardar o controlo sobre si próprios, não são capazes de admitir que precisam de ajuda, quanto mais recebê-la (BENNER, 2001, p.76).*

Benner defende que a ajuda trazida pela enfermeira vai para além das definições estreitas daquilo que é terapêutico, na qual a mudança é considerada em termos de melhoramento mensurável, de abandono de compromissos, de significados impossíveis de manter ou de estabelecimento de objectivos. “A ajuda (...) encerra transformações de

*sentido; trata-se por vezes simplesmente de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite” (BENNER, 2001, p.76).*

Esta autora, estudando cada um dos domínios dos cuidados de enfermagem, identifica oito competências das enfermeiras na função de ajuda:

*A relação de cura; tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza; a presença; otimizar a participação do doente para que este controle a sua própria cura; interpretar os diferentes tipos de dor e escolher estratégias apropriadas para a controlar e gerir; reconfortar e comunicar pelo toque; trazer um apoio afectivo e informar as famílias dos doentes; guiar os doentes aquando das mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico – propor novas escolhas, eliminar as antigas: guiar, educar, servir de intermediário; agir como mediador psicológico e cultural; utilizar objectivos com um fim terapêutico; estabelecer e manter um ambiente terapêutico (BENNER, 2001, p.76-77).*

A autora refere que a função de ajuda do enfermeiro tem tanta importância como a técnica no restabelecimento e estimulação dos doentes. Aconselha as enfermeiras a estabelecerem linhas de conduta destinadas a tornarem-nas disponíveis para ajudar os doentes, sendo, cada uma, específica e única em função da situação.

### 3. METODOLOGIA

Após a revisão bibliográfica, tornou-se necessário criar a base de aquisição e de suporte de conhecimentos que se pretende avaliar com a elaboração deste trabalho. Para tal é imprescindível a definição da metodologia, a qual, segundo FORTIN (2006), é um processo de aquisição de conhecimento caracterizado pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, de análise e de interpretação dos dados, com a finalidade de alcançar resultados, tendo por base a metodologia científica.

#### 3.1 CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Qualquer investigação, seja de que tipo for, tem como ponto de partida uma situação considerável problemática, uma inquietação, que necessita de uma solução ou ao menos uma compreensão da mesma. (DIAS, 2010). Neste sentido, optamos por um trabalho que entendemos de grande utilidade prática, uma vez que tem como objectivo melhorar, no nosso local de trabalho o atendimento de enfermagem a esta facha etária., tendo por base MCINTYRE (2002), que menciona que a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e também na reorganização dos serviços de saúde e FONSECA (2005), que refere que os adolescentes têm muitas ideias sobre o modo como deve os Serviços de saúde podem ser mais amigos.

Como vimos no ponto (2.1), autores como COSTA, SANTANA & SILVA (2009), (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) e (FONSECA, 2005) referem que os adolescentes são dentro da população pediátrica um grupo comparativamente saudável: Mas, pela existência de comportamentos de risco e sub-utilização dos cuidados de saúde primários, recorrem com frequência aos serviços de urgência hospitalares.

Anteriormente no anterior capítulo a segunda autora atrás citada, nos tinha alertado para as limitações que apresentam os serviços de Urgência Pediátrica (UP) para os jovens deste grupo etário, quer ao nível do espaço físico quer no que se refere aos profissionais. Relativamente ao espaço físico, habitualmente não garante a privacidade e/ou não está apropriado a este grupo etário. Quanto à relação profissional, provem do pouco tempo que os profissionais de saúde disponibilizam para os jovens que recorrem a este tipo de serviço, acabando por se focalizar somente nos sintomas manifestados.

Perante o referido, podemos dizer que os nossos jovens encontra no nosso país uma situação delicada, uma vez que em Portugal, esta população continua a encontrar no meio hospitalar um ambiente pouco adequado às suas características e necessidades específicas, embora já em outrora o Programa Nacional de Saúde dos Jovens – 2005 recomende, que apesar de ser plausível a criação de unidades hospitalares de adolescentes, considera-se prioritário, a curto prazo, melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas estruturas já existentes.

A UP-CHTV, desde 1 de Setembro de 2009, alargou a idade de atendimento dos adolescentes até aos 18 anos. Esta ampliação da idade de atendimento, semelhante às de outras unidades de pediatria nacionais, originou inadequações, inaptações, quer estruturais, quer em termos de recursos humanos e materiais. Contudo, não foram verificadas quais queres alterações no serviço. As instalações e a equipa multidisciplinar mantiveram-se sem qualquer reajustamento ou outro tipo de intervenção.

Não tendo condições adequadas para receber esta facha etária, os adolescentes sentem-se desintegrados e deslocados, fazendo comentários tais como: “quero ir para a outra urgência, não sou criança alguma, aqui dão-nos xaropes dos bebés, elas falam como falam para os bebés, com aquelas palavrinhas a utilizarem o *inho*, autocolantes para por o soro minúsculos, etc...”. Perante estes comentários, num serviço onde em média recorrem por dia entre 2 e 3 adolescentes com 16 e 17 anos, sentimos a necessidade de reverter esta situação, de forma a apropriarmos o mais possível o serviço às características deste novo grupo de jovens que recorrem à UP-CHTV.

Somos da opinião que o ponto de partida desta adequação terá que se iniciar pelo conhecimento da opinião ou percepção que os jovens têm do serviço e equipa, e não sustentada em uma qualquer teoria ou teórico com realidades bem diferentes àquela que apresenta a nossa região.

Porém, torna-se incongruente e não exequível abordar neste estudo todas as áreas, onde requisitos académicos e outros obrigam a limitações temporais e de recursos. Como todos as áreas apresentam um grau de importância similar, a selecção foi proferida pelo investigador, indo de encontro ao que realça CERCO & BERVIAN (1983, p.73-75):

*O assunto pode surgir de um interesse particular ou profissional, de algum estudo ou leitura (...), deve corresponder ao gosto do investigador (...), adequado à capacidade do investigador e corresponderá às suas possibilidades, quanto ao tempo e aos recursos económico. (CERCO & BERVIAN, 1983, p.73-75).*

Por outro lado, “o enfermeiro da urgência alia a sofisticação técnica de um ambiente *sui generis* a uma abordagem pessoal e individualizada destinada a conseguir o máximo para o seu doente” VAZ E CATITA (2000, p.17).

Para além do referido anteriormente, após intensa pesquisa nas varias “bases”, podemos constatar que não existe qualquer estudo que aborde a problemática nesta facha etária.

Por tudo o que foi referido acima, definiu-se como tema deste estudo a “*Percepção dos adolescentes face ao atendimento da equipa de enfermagem no Serviço de UP-CHTV*”.

Esta importância na formulação do problema, numa forma mais ampla, prende-se com o facto de saber qual a possível resposta para ele. Neste sentido e relacionado com o que foi já referido, as questões que surgem naturalmente e que constituem as questões de investigação são as seguintes:

- Qual a percepção dos Adolescentes de 16 e 17 anos sobre a equipa de enfermagem da UP-CHTV ?
- Será que a intervenção da equipa de enfermagem no UP-CHTV é adequada ao grupo etário dos 16 e 17 anos de idade ?
- Em que medida a equipa de Enfermagem da UP-CHTV pode melhorar na abordagem aos adolescentes com 16 e 17 anos de idade?

Em suma, diremos que o tema e as questões levantadas tentam ser coerentes com o problema a investigar; tiveram em conta o contexto, a área problemática, os conceitos teóricos, os valores e os interesses pessoais e profissionais.

### 3.2 TIPO DE ESTUDO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

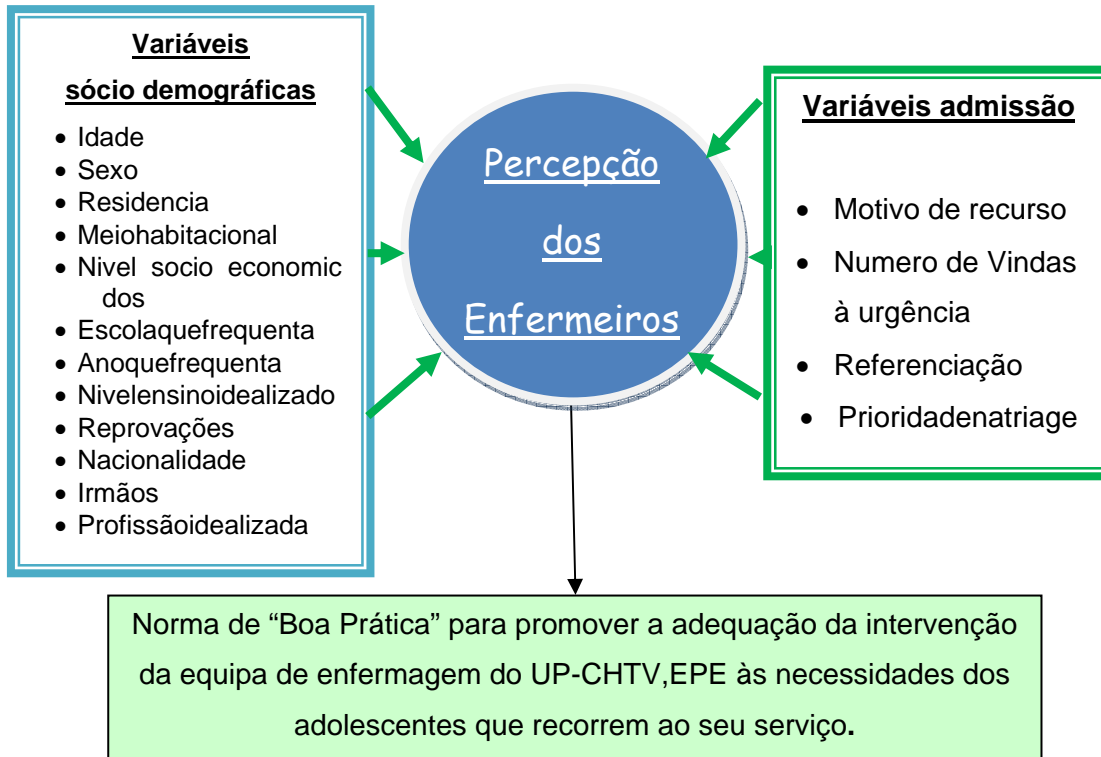
A escolha de um ou outro tipo de estudo não é aleatório, pois cada um recorre de preferência a métodos e técnicas, tanto na recolha como na análise, que facilitem os objectivos da pesquisa e os objectivos de análises, dentro das suas especificidades, adequando-se da melhor forma ao tipo de estudo definido.

Nesta óptica, e tendo em conta o tipo de estudo, irá utilizar-se uma abordagem quantitativa e qualitativa do tipo exploratório-descritivo.

A abordagem quantitativa descritiva tem como principal objectivo obter de modo claro as características dos nossos participantes. O estudo qualitativo exploratório - descritivo tende interpretar a percepção dos adolescentes face ao atendimento da equipa de enfermagem no Serviço de UP-CHTV.

Para uma compreensão mais ampla do processo da investigação realizada, apresentamos na Figura-2 o Desenho de Investigação.

Figura-2 : **Desenho de Investigação**



### 3.3 OBJECTIVOS

Na tentativa de darmos resposta à nossa questão de investigação, definimos como objectivo geral do nosso estudo o seguinte:

- Analisar a Percepção que os adolescentes 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu (PADEESUP), no sentido de promover a adequação da intervenção desta ao grupo etário em estudo.

Em consonância com o objectivo geral, delineamos os seguintes objectivos específicos:

- ⇒ Caracterizar o contexto sócio-demográfico e de admissão que leva os adolescentes a recorrerem ao UP-CHTV e relacioná-los com a Percepção que os adolescentes 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu;

- ⇒ Indagar a relação existente entre as variáveis de contexto sócio-demográfico e a Percepção que os adolescentes 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu;
- ⇒ Investigar a relação existente entre as variáveis de admissão e Percepção que os adolescentes 16 e 17 anos de idade têm sobre a equipa de enfermagem do Serviço Urgência Pediátrica Centro Hospitalar Tondela Viseu.

### 3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é, o conjunto dos elementos que fazem parte de um determinado território, que possuem aproximadamente características comuns e que serão objecto de estudo (DIAS, 2010). A população-alvo, segundo FORTIN (2009), é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador pretende generalizações. Assim podemos referir que a nossa população-alvo são os adolescentes com 16 e 17 anos de idade que recorrem UP-CHTV.

O *optimum* para a pesquisa seria termos acesso a todos os casos, a todas as unidades estatísticas portadoras de determinadas características qualitativas e quantitativas. Porém, devido a vários factores económicos, temporais e académicas não é exequível analisar todos os elementos da população estipulada. Por isso, e através do processo de amostragem por conveniência, seleccionamos na nossa amostra todos os adolescentes com 16 e 17 anos de idade que recorreram ao serviço de urgência entre os dias 20 e 27 de Agosto de 2011.

É de referir que o final do período foi estipulado quando se atingiu uma saturação das respostas.

### 3.5 VARIÁVEIS

Nesta investigação, e de acordo com os estudos efectuados, considerámos uma variável central, variáveis sócio-demográficas e de admissão.

#### Variável Central:

- Percepção dos Adolescentes

As variáveis sócio-demográficas que permitem caracterizar a população relativamente à respectiva situação sócio-económica e demográfica são:

- Escola
- Idade
- Sexo
- Residência
- Meio habitacional

- Nível sócio-económico dos pais
- Escola que frequenta
- Ano que frequenta
- Nível de ensino idealizado
- Reprovações
- Nacionalidade
- Irmãos
- Profissão idealizada

As variáveis de admissão são:

- Motivo de recurso
- Número de Vindas
- Referenciação
- Prioridade na triagem

### 3.6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A elaboração de um instrumento de colheita de dados determina de forma significativa a qualidade da informação obtida, pelo que se deve prestar uma atenção cuidada a esta etapa do processo de investigação.

Para GIL (1995), o instrumento de colheita de dados engloba todos os utensílios e equipamentos usados para colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho. Para este estudo, optámos pela entrevista, *porque “este método é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos (...), é de utilização geral em quase todos os sectores da população (...) e inclui taxas mais elevadas de respostas que as obtidas pelo questionário...”* (FORTIN, 2009, p.249).

Dentro da entrevista, optámos pela entrevista semi-estruturada, uma vez que segundo a mesma autora *“apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém”*, garantindo assim colher informação, junto dos participantes, relativa a factos, ideias, preferências sentimentos expectativas e outros, em que no final todos os temas são abordados e respondidos por cada elemento entrevistado, não ficando temas por responder.

A entrevista (Apêndice I) é constituída por três secções:

-Secção A- são colhidos os dados que irão permitir fazer uma caracterização sócio demográfica e escolar da população através de sete perguntas fechadas e três perguntas semi-abertas, e do nível sócio-económico dos pais ou encarregados de educação com a aplicação do índice de Grafar.

-Secção B- com três perguntas fechadas, proporciona a colheita de dados relativos ao motivo de ida à urgência.

-Secção C- pretende identificar a PADEESUP, através de 5 perguntas abertas, as quais são colocadas segundo uma ordem pré-estabelecida pelo entrevistador de forma a garantir a cobertura por parte do entrevistado de todos os temas, ou seja, que no final da entrevista obtenhamos a percepção pessoal de cada um dos intervenientes relativamente à equipa de enfermagem da UP-CHTV.

A entrevista realizou-se somente num momento, variou entre 10 e 14 minutos. Para a realização da entrevista elaboramos um guião (Apêndice I) e fizemos registos escritos e gravados com o auxílio de um mp3.

Após termos elaborado o guião da entrevista com o seu respectivo guia, foi solicitada a autorização para a aplicação ao Conselho de Administração do CHTV (Anexo III). A colheita de dados, iniciou-se apenas, após obtermos permissão para a aplicação da entrevista por parte do CHTV e UP-CHTV onde foi realizada a mesma. (Anexo III)

Na aplicação da entrevista, foram tidos alguns pré-requisitos essenciais, que dizem respeito as características do entrevistador e do adolescente; características do espaço e tempo; pré-requisitos para a relação / comunicação com o adolescente e pedido de autorização para a sua gravação, que foram baseados nos princípios gerais na Entrevista ao Adolescente, descritos nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Estes princípios serão objecto de descrição mais pormenorizada.

Previamente à entrevista, fizemos uma reflexão pessoal acerca dos nossos próprios valores, tendo havido necessidade de rever algumas temáticas de comunicação e relações inter-pessoais. Desde início houve preocupação da nossa parte de não projectarmos a nossa adolescência nas dos jovens da nossa amostra. Foram tidos em conta outros requisitos tais como: maturidade pessoal, auto-estima, empatia, um conceito claro de autoridade e flexibilidade, ser sensível, genuíno / autêntico, possuir valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes, capacidade de comunicação sincera e fluida com os jovens e conhecimentos adequados e actuais da problemática.

O espaço físico onde se realizaram as entrevistas foi a UP-CHTV. No entanto, foi procurado sempre dentro desta um lugar acolhedor, confortável, bem ventilado, limpo, sem ruídos e com condições de conforto para adolescente e família.

De forma a estabelecer um clima de confiança com o adolescente, conhecê-lo melhor, para além do referido no ponto anterior, iniciámos a entrevista com questões informais, abordando assuntos do quotidiano (futebol, lazer, desporto, etc...). Sempre que encontrámos adolescentes com emoções negativas, muitas delas consequência do estar na urgência, nunca nos envolvemos nessas atitudes, mas procurámos fazer uma revisão da

situação, procurando identificar o motivo daquele comportamento e/ou temas de interesse comum, como por exemplo, que gosta de fazer? Sempre que não foi criada a empatia, optámos por terminar a entrevista e reiniciá-la mais tarde ou excluir esse elemento da amostra.

A duração média das entrevistas foi de 12 minutos, num total de 120 minutos, o que ficou muito abaixo dos máximos preferidos pela Organização Pan-Americana da Saúde, que refere como tempo médio de duração da entrevista aos adolescentes é 30 minutos e máximo 60 minutos. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008)

Para além dos factores anteriores, foram tidos em contas: o consentimento do adolescente e pais ou pessoa tutora, para realizar e gravar a entrevista; explicação dos objectivos e finalidades da entrevista e em que âmbito se realiza; assegurar a confidencialidade e privacidade; a utilização de uma linguagem de acordo com a faixa etária e o adolescente, excluindo termos técnicos, adequando as palavras, gestos, expressão facial e tom de voz; a utilização de várias técnicas de apoio narrativo (perguntas abertas, escuta reflexiva, reestruturação positiva, resumo da entrevista, afirmações de auto motivação, respostas em espelho, clarificação, uso de exemplos na 3ª pessoa, afirmações que facilitassem a discussão e respostas de apoio e ânimo); não induzir a resposta, pressionar ou criticar o tipo de linguagem que o adolescente utilizava; evitar juízos de valores e aguardar que o jovem emitisse os seus próprios juízos de valor; evitar silêncios prolongados, procurando fluidez na entrevista; evitar interrupções; escrever menos e ouvir mais.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

*Toda a investigação é, em si mesma, uma intromissão na intimidade das condições de vida, conduta, opinião e atitude das pessoas, por isso, há limites a decidir, limites que se devem ter na sua base a ética, os valores na programação e estratégias definidas para a investigação (DIAS, 2010, p.21).*

Esta preocupação com o problema da ética, sendo exigida em todas as ciências, coloca o investigador perante o que é correcto ou incorrecto. O modo como se actua foi tido por nós desde o planeamento, prolongando-se à formulação do problema, aos procedimentos para o estudo, à selecção da amostra, ao tratamento dos dados e ao modo como os dados foram empregues na protecção dos sujeitos. Segundo FORTIN (2009), o investigador não deve pensar nos seus interesses pessoais, na sua realização pessoal, mas, pelo contrário, os seus interesses devem-se orientar para a comunidade, para o conhecimento científico e não se desviar da verdade a imprimir na orientação e programação da pesquisa. “O carácter confidencial o uso correcto dos dados são princípios que se devem reger o qualquer investigador” (BRAVO, 2003, p.32), “...a honestidade exige

*que todas as fontes, material utilizado, mesmo no plano, seja citado, a sua omissão além de revelar falta de rigor, de verdade, é condenável*“(ESTRELA, et tal., 2006, p.124).

Com efeito, em qualquer das fases do nosso estudo, e de uma forma sintetizada, tivemos presente os seguintes princípios éticos: privacidade, desejo de participação, o anonimato, confidencialidade, sentido de responsabilidade do investigador, não fazer juízos de valor acerca de atitudes ou opiniões diferentes, honestidade, elaborar um plano exequível.

Neste encadeamento, ao dar início a este estudo, foi submetida a aprovação do projecto de pesquisa pela equipa pedagógica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (1º MESIP) da Escola Superior de Saúde de Viseu, iniciando-se a colheita de dados, apenas após ter obtido autorização para a aplicação da entrevista por parte do CHTV e UP-CHTV e realizada a mesma. (AnexoIII)

Conforme referido no antepenúltimo parágrafo, na aplicação da entrevista, foram respeitadas integralmente as considerações éticas descritas anteriormente, sendo garantido o respeito pelo domínio privado de cada um, o consentimento livre e informado ou assentimento, a confidencialidade, o respeito à segurança, intimidade e dignidade de cada indivíduo. Houve também preocupação de não expor ninguém a perigos quer de ordem física quer de ordem afectiva, não manipular as respostas, respeitar valores religiosos, culturais e o direito ao anonimato, para além de se manter a privacidade.

Perante uma colheita de dados com instrumento e uma população tão delicada, sentimos a necessidade de abordar o instrumento de colheita de dados num sub-capítulo específico.

### 3.8 TRATAMENTO DE DADOS

Conforme referido anteriormente no subcapítulo Instrumento de Colheita de Dados (3.6), para este estudo, optámos pela entrevista semi-estruturada constituída por três secções. Na secção A e B os dados estatísticos foram tratados manualmente dado ao tamanho da amostra e ao objectivo do tratamento, que era exclusivamente caracterização da amostra. Na secção C, foi efectuado análise de conteúdo das respostas às questões da entrevista.

Seguidamente iremos descrever como fizemos o tratamento dentro de cada sessão.

Secção A: de maneira a melhor avaliar este aspecto subdividiu-se em dois subgrupos:

A caracterização sócio-demográfica e escolar corresponde à soma da pontuação obtida para cada dimensão, com o máximo de 10 corresponde a 100,00%.

O segundo corresponde ao nível sócio-económico, que definimos como níveis sócio-económicos, atendendo ao somatório total obtido.

Índice de Graffar: permite diferenciar 5 classes sociais, sendo a primeira correspondente ao somatório 5-9 (classe I - classe superior alta), a segunda ao somatório 10-13 (classe II - classe superior baixa), a terceira ao somatório 14-17 (classe III - classe média), a quarta corresponde ao somatório 18-21 (classe IV - classe inferior alta) e a quinta, a classe socialmente mais baixa (classe V - classe inferior baixa) correspondente ao somatório 22-25. (ALBUQUERQUE cit. In 2004 SITKE WICH & GRUNBERG, 1979).

Secção B: o motivo e o número de ida à urgência e prioridade na triagem, corresponde à soma da pontuação obtida para cada dimensão, que vacila ente 0 e um máximo de 10, equivalente a 0,00% e 100,00% respectivamente.

Secção C: a PADEESUP foi obtida através da análise qualitativa de dados. Recorreu-se à Análise de Conteúdo. Segundo VALA (1986), foi definido em 1952 por Berelson, análise de conteúdo, como uma técnica de investigação que permite “*a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação*”. Vinte e oito anos mais tarde, em 1980, Krippendorff definiu-a como “*uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto*”. FORTIN (2009, p.322) concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as explicações e as significâncias dadas pelos participantes e investigadores relativamente ao fenómeno e sobre a descrição semântica de preferências às estatísticas probabilista.

Para que o esquema analítico se torna-se uma realidade, fizemos esta análise qualitativa de dados. Esta, segundo MORSE (2007, p.35), “*é um processo de questionamento inteligente, uma contínua procura de resposta, observação activa e memória precisa*”.

Ao procedermos à análise de conteúdo, desenvolvemos as seguintes operações, tendo por referencia a autora atrás citada:

- 1ª- Exploração do assunto de investigação e formulação do que deveríamos explorar;
- 2ª- Leitura de uma forma “flutuante” de todas as entrevistas.
- 3ª-Várias leituras cuidadosas das entrevistas com objectivo de:
  - delimitação dos objectivos;
  - constituição dos corpos;
  - definição das categorias;
  - definição das unidades de análise;
  - quantificação.

Foi um processo de busca, de juntar e unir dados, de tornar obvio o invisível, da distinção do significado e do insignificante, da ligação de dados aparentemente não relacionados, de encaixe de categorias umas nas outras e de atribuição de consequências aos acontecimentos.

#### 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Após termos procedido à colheita de dados e ao tratamento de dados da investigação, impõe-se a análise, apresentação dos dados e a consequente discussão dos resultados obtidos.

Em investigação qualitativa, a análise dos dados é uma fase do processo indutivo do investigador que está intimamente ligado ao processo de escolha dos participantes e às diligências para a colheita dos dados (MORSE, 2007).

Os dados que apresentamos, referem-se aos resultados obtidos pela aplicação da entrevista aos adolescentes com 16 e 17 anos de idade que ocorreram à UP-CHTV no período de 25 a 29 de Agosto de 2011, os quais recorrendo-se à análise de conteúdo, foram posteriormente analisados. Para além, de apresentarmos os resultados, subsiste uma tentativa por nossa parte de:

- a) explicar as descobertas, relacionando-as com estudos anteriores conhecidos na área;
- b) comparação dos dados do estudo de forma a evidenciar novas descobertas, aumentar a profundidade das análises. (Tabela mestre-Apêndices II),

#### CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

##### **-Variáveis Sócio demográficas:**

Iremos proceder à caracterização da população. Toda a descrição e análise que se segue pode ser observada na Tabela 1, ou eventualmente remetida para a Tabela mestre (Apêndices II), sempre que se justifique a necessidade de verificar a relação entre as variáveis.

No que se refere à idade da nossa População, em ambos os sexos oscila entre os 16 e 17 anos, indo de encontro ao que se estabeleceu para este estudo. A população estudada, é maioritariamente do sexo feminino (60,00%) e dentro deste predomina os 16 anos de idade com 50,00% contra os 10,00% de 17 anos de idade. O sexo masculino com 40,00% distribuem-se equitativamente pelos dois anos, ou seja 20,00% com 16 anos e 20,00% com 17 anos de idade.

Estes dados vão de encontro aos resultados preliminares dos Censos de 2011, onde Portugal continua a ser um país com mais mulheres que homens (INE, 2011).

Relativamente à nacionalidade com exceção de um elemento que nasceu em Inglaterra, todos os outros, nasceram em Portugal (90,00%), o que revela e segundo a mesma Fonte, que Portugal continua a ser um país de imigração, permanecendo, no entanto, um país de emigração, sobretudo de natureza temporária.

Todos os jovens entrevistados, residem no Distrito de Viseu, concentrando-se a maioria no Concelho de Viseu (70,00%), e os outros 30,00%, distribuídos equitativamente pelos concelhos de Mangualde, Nelas e Penalva do Castelo, com 10,00% cada. No que se refere ao Meio Habitacional constatamos uma distribuição uniforme, 50,00% vive em meio rural e os restantes 50,00% em meio urbano.

Segundo a Escala de Grafar, a qual avaliou o nível sócio económico dos pais dos elementos da amostra, referem-nos que a maioria situa-se na Classes III (Classe media) e Classe-IV (Classe inferior alta), com 30,00% e 40,00% respectivamente, seguindo-se a Classe-I (Classe superior alta) com 20,00% e Classe-II (classe superior baixa) com 10,00%. Contudo, verificamos não haver qualquer elemento na Classe-V (classe inferior baixa).

No que respeita à Situação Académica, a maioria da população do nosso estudo, frequenta o 12º e 11º ano (30,00% cada), seguindo-se o 10º ano com 20,00%, e o 8º e 9º ano com 10,00% cada. Estes dados, revelam a disparidade académica desta facha etária, no entanto, a maioria da população com idade entre 16 e 17 anos frequenta o 11º e 12º ano de escolaridade.

A grande parte dos entrevistados (90,00%) pretendem frequentar e terminar a universidade e somente um responde que não sabe (10,00%). Neste cenário, apenas dois dos elementos da nossa amostra, não conseguem idealizar uma profissão, tendo os outros oito referindo a licenciatura que pretende atingir. Contudo, nenhum deles referenciou a mesma licenciatura.

Podemos referir que a maioria da população estudada (70,00%), frequentam escolas da cidade onde foi aplicada a entrevista (30,00%-Emídio Navarro, 20,00%-Alves Martins, 10,00% Viriato e 10,00% a Escola Profissional Mariana Seixas). Os outros 3 elementos, repartem-se equitativamente pelas escolas secundárias de Mangualde, Canas de Senhorim, Penalva do Castelo, correspondendo 10,00% cada. Estes resultados confirmam que, todos os jovens da nossa amostra frequentam uma escola do concelho onde residem.

A maioria da nossa amostra transitou sempre de ano escolar (60,00%), em que 20,00% repetiu um ano e igual percentagem 3 anos. Se nos reportarmos aos alunos do concelho de Viseu e dos outros concelhos do distrito, podemos verificar na Tabela mestre (Apêndice II), que é semelhante em número de reprovações e em número de alunos.

Observando a Tabela 1, comprovamos que 20,00% dos elementos da nossa amostra não tem irmãos, 10,00% tem um mais velho, 70,00% tem irmãos mais novos (50,00% somente um irmão, 10,00% 3 irmãos e 10,00% com 3 irmãos mais novos).

Comparando o nível sócio económico com o número de reprovações, podemos concluir que os elementos que registam reprovações encontram-se no nível sócio económico III e IV respectivamente cada com dois elementos e todos têm irmãos, onde os que apresentam maior numero de reprovações tem mais que um irmão (Apêndice II-Tabela mestre).

**Tabela 1:** Caracterização sociodemografica e literária

Variáveis sócio demográficas		n	%	%	%	n	%		
Idade	16 anos	Masculino	2	20,00	7	70,00	10	100,00	
		Feminino	5	50,00					
	17 anos	Masculino	2	20,00	3	30,00			
		Feminino	1	10,00					
Sexo	Masculino		4	40,00	6		60,00	10	100,00
Residência (concelho)	Mangualde		1	10,00	10	100,00			
	Nelas		1	10,00					
	Penalva Castelo		1	10,00					
	Viseu		7	70,00					
Meio habitacional	Rural		5	50,00	10	100,00			
	Urbano		5	50,00					
Nível sócio económico dos pais	I-Classe superior alta		2	20,00	10	100,00			
	II-Classe superior baixa		1	10,00					
	III-Classe media		3	30,00					
	IV-Classe inferior alta		4	40,00					
	V-Classe inferior baixa		0	0,00					
Escola que frequenta	Profissional Mariana Seixas		1	10,00	10	100,00			
	Secundaria Alves Martins		2	20,00					
	Secundaria Canas Senhorim Secundaria Emidio Navarro		1	10,00					
	Secundaria Mangualde		3	30,00					
	Secundaria Penalva castelo		1	10,00					
	Secundaria Viriato		1	10,00					
			1	10,00					
Ano que frequenta	8º ano		1	10,00	10	100,00			
	9º ano		1	10,00					
	10º ano		2	20,00					
	11º ano		3	30,00					
	12º ano		3	30,00					
Nível ensino a atingir	Superior		9	90,00	10	100,00			
	Não sabe		1	10,00					
Nº reprovações	Nenhuma		6	60,00	10	100,00			
	Uma vez		2	20,00					
	Três vezes		2	20,00					
Nacionalidade	Portuguesa		9	90,00	10	100,00			
	Inglesa		1	10,00					
Irmãos mais velhos	Zero		7	70,00	10	100,00			
	Um		3	30,00					
Irmãos mais novos	Zero		3	30,00	10	100,00			
	Um		5	50,00					
	Três		1	10,00					
	Quatro		1	10,00					
Profissão idealizada	Não sei		2	20,00	10	100,00			
	Enfermeiro		1	10,00					
	Engenheiro Informático		1	10,00					
	Mecânico		1	10,00					
	Farmacêutico		1	10,00					
	Gestor de empresas		1	10,00					
	Professora		1	10,00					
	Psicólogo		1	10,00					
	Veterinário		1	10,00					
			1	10,00					

N=10

### Variáveis de admissão

Seguidamente iremos caracterizar as variáveis de admissão tendo por base a Tabela 2, e tal como na análise anterior, a tabela mestre Apêndice II.

Dos 100,00% da nossa amostra somente 10% foi referenciado do Centro de saúde, tendo os restantes 90,00% recorrido à UP-CHTV, sem passar em qualquer outro serviço de saúde. É de salientar que o elemento que constitui os 10,00% da amostra, foi proveniente de uma unidade de saúde que não tem SAP/urgência ou outro serviço de atendimento imediato, sendo vítima de acidente, o que nos leva a confirmar o subaproveitamento das unidades de cuidados primários e consequente satisfação de cuidados de saúde ao nível da UP. Conforme diz FONSECA (2005), é frequente encontrarmos adolescentes que não se conseguem sequer lembrar da última vez que recorreram ao médico, mas, pela existência de comportamentos de risco e sub-utilização dos cuidados de saúde primários, recorrem com frequência aos serviços de urgência hospitalares onde habitualmente, vão resolvendo os seus problemas agudos de saúde.

Os motivos de recorrência à UP é diversificada (10,00%-Lipotímia, Picada insecto, Grande traumatismo, Queda, Dor de garganta, Estilismo, Toracalgia, Vômito e (20%)-Dor abdominal). A maior parte é do foro médico (70,00%), e somente 20% do foro traumatológico e 10% com carência de Emergência Médica. Perante esta diversificada patologia que recorre ao serviço de UP, *“os profissionais de saúde que actuam nas unidades de Urgência/emergência devem receber treinamento específico, tanto técnico e científico, quanto uma educação contínua voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimentos de seus limites e de suas potencialidades”* (TACSI, Y. & VENDRUSCOLO, D., 2004, p. 478 cite in PAVELQUEIRES, 1997)

À maior parte da amostra (60%) foi-lhe atribuído a prioridade 2, seguindo-se com 30% a prioridade 3 e somente um dos elementos com a prioridade 1. Se nos revertermos para a Tabela mestre Apêndice II, podemos verificar que os 4 elementos com o nível sócio económico mais baixo encontrado (nível IV), assumiram todos a prioridade 2 e que somente um dos quatro elementos à que era a primeira vez que recorria ao serviço de UP-CHTV.

Na tabela abaixo apresentada, podemos constatar que, 80,00% dos elementos da nossa amostra não era a primeira vez que recorria ao serviço UP-CHTV, e que destes 30,00% vinha pela segunda vez 20,00%, pela terceira vez e 30,00% mais que 4 vezes.

Podemos constatar na tabela mestre Apêndice II, que os elementos que se encontram no nível sócio económico III, foram os que ocorreram mais vezes à urgência Pediátrica e a todos foi-lhe atribuída a prioridade 3.

**Tabela 2:** Caracterização da admissão

Variáveis admissão		N	%	N	%	N	%	
<b>Proveniência</b>	Centro saúde			1	10,00	10	100,00	
	Domicílio			9	90,00			
<b>Motivo de Recurso UPCHTV</b>	Lipotímia	Foro médico	7,00	70,00	1	10	100,00	
	Infecção-Picada				1			10,00
	Dor abdominal				2			10,00
	Dor de garganta				1			20,00
	Toracalgia				1			10,00
	Vômitos				1			10,00
	Grande traumatismo	Foro Traumatológico	2,00	20,00	1	10,00		
	Queda				1	10,00		
	Etilismo	Emergencia	1,00	10,00	1	10,00		
					1	10,00		
<b>Vindas à UP-CHTV</b>	Primeira vez			2	20,00	10	100,00	
	Segunda vez			3	30,00			
	Terceira vez			2	20,00			
	Mais que quatro vezes			3	30,00			
<b>Prioridade Triagem</b>	P1			1	10,00	10	100,00	
	P2			6	60,00			
	P3			3	30,00			
<b>N=10</b>								

### Variável Central: Percepção dos Adolescentes

Na secção C da nossa entrevista, pedíamos aos jovens que: “O que é que pensastes quando te apercebestes que tinhas que recorrer ao UP-CHTV’.

Ao analisarmos os relatos das respostas à mesma, foram, identificadas três categorias: “Medo”, “Motivação” e “Acessibilidade”; dentro destas, as mais referenciadas com (90,00%), são as categorias “medos” e “acessibilidade”. (Tabela 3)

No que se refere à primeira categoria analisada, a unidade de análise “sem qualquer medo” predomina com 40,00% em relação ao 20,00% de “medo de ter/confirmar a doença” e aos 30,00% de “medo do procedimento que origina a dor” (Tabela 3). Esta última poderá ser consequência daquilo que diz “A capacidade do adolescente para manter o controle é ameaçado pela dor” (OPPERMAN & CASSANDRA, 2001, p.175).

Isto prova que dos 100,00% dos adolescentes que constituíram a nossa amostra a maioria referiu pelo menos uma vez ter sentido medo (50,00%) contra os 40,00% sem qualquer medo. Um dos elementos não respondeu, uma vez que deu entrada na UP-CHTV em estado de coma. Nesta análise, podemos dizer que o enfermeiro tem que estar preparado para minimizar os medos dos adolescentes, de forma a que o medo não maximize/confunda a sintomatologia que o traz à UP. Segundo (BENNER, 2001), citado por ROCHA (2007) um dos domínios dos cuidados de enfermagem deverá ser tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fragilidade, uma vez que conforme diz (OPPERMAN & CASSANDRA,

2001, p.175) maioria dos serviços de saúde é ameaçador para os adolescentes que procuram a sua identidade”.

No que se refere à categoria motivação, os adolescentes depositam nos serviços de UP grande esperança, como lugar que reverte a situação de doença aguda, pois a unidade mais elegida com 70,00% foi “de me curarem, reverter a causa”, contra 10,00% da “ser mais rápido que outro serviço”, 2 elementos não abordado este tema, 1 por razões anteriormente já referidas e outro porque simplesmente não respondeu. (Tabela 3). Isto vai de encontro ao referido por FONSECA (2005), e ao que diz FREIRA & CATURRA, (2004), que os adolescentes ao recorrerem ao serviço de urgência, fazem-no porque consideram que este é um meio de acesso fácil aos cuidados de saúde que lhes proporciona anonimato, flexibilidade no horário de atendimento e rapidez na resolução dos problemas.

Quanto à acessibilidade à UP-CHTV, pode-se concluir que é excelente, uma vez que todos os elementos com condições de resposta remeteram-se para a unidade de análise “Muito acessível (rápida)”. É de destacar que embora na anterior unidade de análise apenas 10,00% referiu que a motivação de vinda ao serviço era porque era “rápido”, nesta categoria os 90,00% que responderam “Muito acessível, incluíram sempre nos seus relatos “foi bastante rápido” (Tabela 3). Isto leva-nos a sugerir que na unidade de análise “ser mais rápido que outro serviço” da anterior categoria o resultado poderá ser maior e assim ir de encontro ao que diz. Outro aspecto a reter é que o adolescente (E8) que opta por esta unidade de análise foi triado como prioridade 3 e foi dos elementos com recurso à urgência superior a 4 vezes como podemos verificar ao compararmos os dados que constatados na Tabela mestre-Apêndice II.

**Tabela 3:** Pensamento imediato dos adolescentes, ao terem a percepção da necessidade de recorrer à UP-CHTV

Categorias	Unidades de análise	N		%		Não abordado	outro
		N	%	N	%		
Medos	Medo de procedimentos que originam dor: E1, E4, E6 #3	3	30,00	9	90,00		E7-coma
	Medo de ter/confirmar uma doença: E3, E9 #2	2	20,00				
	Sem qualquer medo: E2, E5, E8, E10 #4	4	40,00				
Motivação	Motivação - de me curarem, reverter a causa: E2, E3, E4, E5, E9, E6, E10 #7	7	70,00	8	80,00	E1	E7-coma
	Motivação – ser mais rápido que outro serviço: E8 #1	8	10,00				
Acessibilidade	Muito acessível (rápida): E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10 #9	9	90,00	9	90,00		E7-coma
n=10							

Ao ser pedido aos elementos constituintes da amostra em estudo a opinião quanto ao: “O que é que os enfermeiros fazem no serviço de UP-CHTV?”, tínhamos por objectivo perceber se os adolescentes desta faixa etária identificavam as funções da equipa de enfermagem. Esta finalidade implicou de imediato o estabelecimento da categoria “Funções dos Enfermeiros”. Após a análise dos relatos fornecidos pelos adolescentes entrevistados, estabelecemos 4 unidades de análises: “tratar doentes”, “Ajudantes do Médico”, “acompanhamento/contínuo e directamente” e “não o diferenciarem de outros técnicos” (Tabela 4).

A unidade mais votada com 38,89%, que corresponde a 70,00% da população do nosso estudo, foi “acompanhamento/contínuo e directamente”, salientando que *“a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização - não é a pura satisfação de um direito formal”* (JORGE & SIMÕES, 1995); seguindo-se com 27,78% “Ajudantes do Médico”, o que equivale 50,00% dos elementos entrevistados; 22,22%, “tratar doentes”; e por fim “não nos diferenciam de outros profissionais de saúde”, votada por 2 adolescente, o que corresponde 11,11% do total da categoria (Tabela 4).

Salientamos que o nível mais elevado desta categoria está ligado a cuidados de vigilância e não a questões meramente técnicas ou de ajudante do medico (Tabela 4). No entanto, 27,78% dos elementos considera o enfermeiro como um ajudante do médico e 11,11% não o diferencia dos outros técnicos de exames de diagnóstico. Podemos concluir que 38,79% da nossa população não conhece o que refere o Artigo nº9 da Ordem dos Enfermeiros, ou seja, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional, onde intervêm a dois níveis: intervenções interdisciplinares, que são as iniciadas por outros técnicos da equipa, como prescrições médicas; e as intervenções autónomas que são as iniciadas pela prescrição do enfermeiro.

Se verificarmos na tabela 4, um dos elementos, que se confunde com os outros técnicos (E6), não se inclui no grupo dos que elegeram a unidade de análises “Ajudar o Medico e/ou “acompanhamento/continua e directamente”, o que poderá elevar para 60,00% os adolescentes que não conhecem ou atribuem erradamente funções aos enfermeiros da UP.

**Tabela 4:** Funções dos enfermeiros segundo os adolescentes que ocorrem UP-CHTV

Categorias	Unidades de análise	Amostra		Totais na categoria				
		n	%	%	N	%	n	%
Funções dos enfermeiros	tratar doentes: E1, E3, E6, E9 #4	4	40,00	22,22	11	61,11	18	100,00
	acompanhamento/continua e directamente: E1, E2, E3, E4, E5, E8, E10 #7	7	70,00	38,89				
	ajudar o medico: E2, E7, E8, E9, E10 #5	5	50,00	27,78	7	38,89		
	não o diferenciarem de outros técnicos: E8, E6 #2	2	20,00	11,11				

Solicitámos aos jovens do nosso estudo que relatassem “Que cuidados os enfermeiros lhes prestaram durante a sua permanência na urgência”. Esta questão tinha como objectivo nomear quais os cuidados que eles mais destacam na equipa de enfermagem, assim como identificar que tipos e de que forma são prestados os cuidados pela equipa de enfermagem na UP-CHTV.

Submerge de imediato a categoria de “cuidados Prestados”. Ao fazermos a análise dos dados, foram identificadas duas subcategorias: uma que diz respeito ao imediatamente antes da prestação de qualquer cuidado de enfermagem “preparar”; e outra mais voltado para o decorrer do procedimentos em si “executar” (Tabela 5).

Ao analisarmos a tabela anteriormente citada, verificamos que, embora anteriormente a maioria dos adolescentes identificassem como função dos enfermeiros cuidados de vigilância (Tabela 4), quando confrontados com “o que os enfermeiros lhe fizeram”, o ascendente vai para a unidade de análise “Cuidados técnicos”, onde toda a população do nosso estudo (100,00%) a nomeou e somente 20,00% assinalaram “relatar cuidados como ajuda/esclarecimentos/ensinos/vigilâncias”. Estes dados vão de encontro ao relatado por FONSECA (2005), quando refere que “a nível das urgências é complicado prestar cuidados adequados direccionados para a saúde global do adolescente.”

Dos dados acima, podemos deduzir que os adolescentes na UP-CHTV enfatizam os cuidados Técnicos, e/ou equipa, apresentam um elevado predomínio técnico nos cuidados que prestam, não partilhando com o que diz SIMÕES (1995) que à competência técnica deve ser associado o cuidado humano, o cuidado social e o cuidado científico.

Em contra partida, a equipa apresenta maior percentagem na subcategoria “preparar”(60,00%) do que na “executar” (40,00% (Tabela 5), o que denota grande preocupação por parte destes profissionais em preparar o jovem antes e iniciar qualquer acto de enfermagem. Isto vai de encontro ao que diz - OPPERMAN & CASSANDRA (2001, p.175):

*Devem ser dadas explicações dos procedimentos num nível cognitivo apropriado ao individuo. (...) Qualquer doença ou intervenção que afecte a imagem corporal, quer seja momentânea ou permanente, requer uma explicação cuidadosa. A imagem corporal altera-se através de procedimentos de saúde tão diversos como uma perfusão intra-venosa ou uma amputação (OPPERMAN & CASSANDRA, 2001, p.175).*

No que se refere à unidade de análises “Consentimento informado para a prestação dos cuidados”, não se registaram os índices de preocupação que se registaram na outra unidade de análise desta categoria. Somente 50,00% dos adolescentes do nosso estudo é que relataram que lhes foi pedido consentimento informado para a prestação de cuidados e

quando aconteceu foi de forma oral, não se registando qualquer referencia ao consentimento escrito (Tabela 5). Estes indicadores não respeitam o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, artigo 84º: “a)... *informar o indivíduo e as famílias, no que respeita aos cuidados de enfermagem (...)* c) *atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação (...)* em matéria de cuidados de enfermagem”.

**Tabela 5:** Cuidados prestados pelos enfermeiros da UP-CHTV aos adolescentes de 16 e 17 anos

Categorias	Sub categorias	Unidades de análise	n	%	Totais				
					n	%	n	%	
Cuidados prestados	Executar	Cuidados técnicos: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 #10	10	100,00	12	40,00	30	100,00	
		Cuidados prestados Ajudas/esclarecimentos/ensinos/Vigilâncias: E7, E10 #2	2	20,00					
	Preparar	Explicação/esclarecimento/dos cuidados a serem prestados:E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E10 #8	8	80,00	18	60,00			
		Consentimento informado para a prestação dos cuidados e	Oral E1, E3, E4, E5, E6 #5	5					50,00
			Escrito: #0	0					0,00
			Não abordaram E2, E7, E8, E9, E10 #5	5					50,00
					30	100,00	30	100,00	

Pedimos aos adolescentes que caracterizassem os enfermeiros da UP-CHTV. Após analisarmos o conteúdo das entrevistas, constituímos uma categoria “caracterização dos enfermeiros” com quatro categorias de análises: “Simpáticos”, “amigos”, “dedicados” e “competentes”. A segunda e a terceira foram proferidas por todos os jovens que fazem parte do nosso estudo. Com apenas a exceção de um dos elementos, encontramos a unidade de análise “Simpático” e “competentes” (Tabela 6).

Estes indicadores reforçam o que deve ser o perfil do enfermeiro num serviço que acolhe adolescentes desta faixa etária. FONSECA (2005, p.73) afirmava que o perfil mais adequado dos profissionais que trabalham com jovens era:

*...terem uma boa capacidade de comunicação interpessoal, estarem motivados, não fazem juízos, terem facilidade no estabelecimento de um primeiro contacto, serem alguém em que o jovem confia, estarem prontos para actuar no melhor interesse do jovem, serem compreensivos e competentes.* (FONSECA, 2005, p.73)

**Tabela 6:** caracterização da equipa de enfermagem da UP-CHTV, por parte dos adolescentes de 16 e 17 anos de idade.

Categorias	Unidades de análise	N	%	Nº	%	Não abordado
Caracterização dos enfermeiros	Simpáticos: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10 #9	9	90	38	95	E7
	Amigos: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 #10	10	100			
	Dedicados: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 #10	10	100			
	Competentes E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 #9	9	90			E10

A última temática que abordávamos na nossa entrevista tinha como finalidade que os adolescentes entrevistados contribuíssem de forma a que a equipa de enfermagem melhorasse na adequação a esta faixa etária. Perante a análise que fizemos das entrevistas, proliferaram as seguintes categorias: “Sexo dos enfermeiros”, “número de enfermeiros”, “atitudes”, “vestuários”.

Relativamente ao facto de a equipa de enfermagem apenas ter dois enfermeiros do sexo masculino, as respostas dividem-se equitativamente pelas unidades de análises “Igual número de enfermeiros e enfermeiras” e “convêm-me como é”, cada uma com 40,00%. Houve dois elementos da amostra que não se pronunciaram nesta categoria.

Se analisarmos o sexo do adolescente comparativamente com a opção de resposta, constatamos (Tabela 7) que as meninas elegeram a unidade de análise “convêm-me como é” e os meninos “igual numero de enfermeiros e enfermeiras”. Esta leva-nos a dizer que na distribuição dos cuidados dever-se-ia ter em atenção o sexo do adolescente e o profissional a destacar.

Ao fazer uma revisão sistemática em “Métodos de Prestação de Cuidados”, COSTA (2004, p.248) concluiu que:

*Quanto à organização propriamente dita, qualquer dos métodos tem vantagens e inconvenientes, facto que nos deve levar a reflectir sobre os efeitos da utilização dos diversos métodos, a fim de se equacionar a qualidade dos cuidados (...), a satisfação do clientes, a satisfação no trabalho e as vantagens de ordem inter-accional e social, que daí derivam (COSTA, 2004, p.248).*

**Tabela 7:** Sexo do adolescente relacionado com a opção na categoria “Sexo dos enfermeiros”

Categorias	Unidades de análise	Adolescentes da amostra	Sexo		N	%	N		%	Não abordado
			M	F			N	%		
Sexo dos enfermeiros	Igual numero de enfº e enfª: E3, E5, E9, E8 #4	E3	X		4	40,00	8	80,00	E2 e E7	
		E5	X							
		E8	X							
		E9	X							
	Convêm-me como é: E1, E4, E6, E10 #4	E1		x	4	40,00				
		E4		x						
		E6		x						
		E10		X						

Quanto ao número de enfermeiros, a amostra é unânime em ambos os itens de análise (100%): “nunca estive à espera de cuidados de Enfermagem” (E2), “até eram sempre mais que um a fazer...).

Nas orientações para uma carta Hospitalar de Pediatria em Portugal Continental, da COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCÊNCIA (2008, p.19), sugerem-se como recursos mínimos de enfermeiros numa urgência Pediátrica “três por

turno” como suficientes, o que vai de encontro à realidade da UP-CHTV e confirmado pelos adolescentes deste estudo,.

Quanto à categoria vestuário, 80,00% dos inquiridos refere a unidade de análise “vestuário adequado”. Contudo um dos jovens (10,00%) é contra as enfermeiras trazerem bonecos na farda, tendo um (10,00%) não abordado esta temática (Tabela 8). Estes indicadores estão de acordo com o que dizem as Normas de Fardamento da Comissão de Infecção Hospitalar do nosso Hospital, comissão que instituiu o fardamento actual como o mais adequado e no qual somente deve constatar o logótipo do hospital e o cartão de identificação.

Em relação à categoria atitudes, 50,00% da nossa amostra refere que é adequada. Contudo, a outra metade sugere algumas alterações, tais como: 40% acham que são tratados de igual forma à das crianças, pretendendo que a sua abordagem seja diferenciada destes, ou seja, como adolescentes e não como crianças; (Tabela 8) *“o que falha é a questão da facha etária de nos misturarem com os mais pequenos; os enfermeiros estão mais preparados para os mais pequenos e não para nós, deveriam ter mais formação referente à nossa facha etária”*(E2). Já FONSECA (2005, p.73) referia que *“...cada dia que passa, aumenta a consciência de que o adolescente, por ter necessidades especiais, precisa, tal como acontece no Recém Nascido, de profissionais que se especializem neste período da vida. E que não desistam de lutar.”*

Esta necessidade de formação dos profissionais de saúde que trabalham com os jovens, sentida por alguns dos adolescentes da nossa amostra, já foi sentida pela WHO (2002), que a levou a compilar o consenso “Adolescent Friendly Health Service”, onde refere como deveria ser um serviço de saúde amigável para o adolescente e nos quais menciona como objectivo: treinar os profissionais de saúde no sentido de serem capazes de responder de um modo mais eficaz e com maior sensibilidade aos problemas do adolescente.

Um dos elementos da nossa amostra (10,00%) refere que foi alvo de juízo de valores por parte da equipa de enfermagem (tabela 8): *“houve enfermeiras que se riram e criticaram, outros apenas foram ver quem eu era. Isto não deveria acontecer porque nos deixa muito incomodados e envergonhados”* (E7). Este procedimento vai contra o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 81º, que refere na alínea “ e) *abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”*, e ao que diz FONSECA (2005, p.72): *“...o perfil mais adequado aos profissionais de saúde que trabalha com jovens é (...) não julgarem..”*.

É curioso constata, que os próprios adolescentes têm muitas ideias sobre o modo como os serviços de urgência podem ser mais amigos. “Curiosamente, de um modo geral, dão mais importância ao ethos do que à própria qualidade técnica.” (FONSECA, 2005.p.111)

**Tabela 8:** Sugestões de melhoria da equipa Enfermagem UP-CHTV dada pelos adolescentes de 16 e 17 anos de idade

Categorias	Unidades de análise	N	%			Não abordado
				N	%	
sexo dos enfermeiros	Igual numero de enfº e enfª: E3, E5, E9, E8 #4	4	40,00	8	80,00	E2 e E7
	Convêm-me como é: E1, E4, E6, E10 #4	4	40,00			
Nº de enfermeiros	Numero enf suficientes: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 #10	10	100,00	9	90,00	
Atitude	Uma assistência diferenciada ao adolescentes: E2, E5, E6, E7 #4	4	40,00	10	10,00	
	Atitude adequada: E1, E3, E4, E8, E10 #5	5	50,00			
	Fizeram juízo de valores: E7 #1	1	10,00			
vestuário	Vestuário adequado: E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10 #8	8	80,00	9	90,00	E7
	Vestuário não adequado com bonecos: E6 #1	1	10,00			

## 5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

O conceito de Pediatria está a mudar, comparativamente a anos anteriores. Uma das mais recentes alterações foi o alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos por parte dos serviços de pediatria, onde desde 1 de Setembro de 2009, se inclui o Serviço de UP-CHTV. Paralelamente a estas mutações, a função do enfermeiro que trabalha em pediatria tem sido objecto de várias opiniões sobre a natureza dos cuidados que presta, a esta facha etária. O contexto em que a enfermagem pediátrica desenvolve o seu trabalho, na atualidade, é diferente em relação ao de há alguns anos atrás, pois hoje, não é só aquela criança pequena ou grande, totalmente dependente dos cuidados do enfermeiro e/ou da família, mas é necessário acolher também aquele adolescente, próximo da maior idade.

As culturas, as pessoas, o meio mudam e a ciência acompanha-os, por isso é importante solidificar todos os dados novos que vão surgindo e se vão sobrepondo, para chegar mais além.

Nesta perspectiva, procuramos fazer desta conclusão um ponto de reflexão sobre o estudo por nós realizado, pretendendo deste modo, esboçar as conclusões a que chegamos, embora com a consciência que continuam em aberto inúmeras questões no sentido de novos avanços no domínio do conhecimento.

Na elaboração deste relatório, pretendemos analisar a Percepção que os adolescentes com 16 e 17 anos de idade detêm sobre a equipa de enfermagem da UP-CHTV, no sentido de promover a adequação da intervenção da equipa de enfermagem ao grupo etário em estudo.

Para uma melhor contextualização e compreensão desta investigação, recorreremos a uma revisão crítica da literatura, que procurou ser o mais concisa e actual possível, de forma a aprofundar e consolidar conhecimentos sobre o tema e de dar resposta às nossas questões.

Para responder à problemática de investigação centrada na Percepção que os adolescentes detêm da equipa de enfermagem do serviço de UP-CHTV, realizámos um estudo quantitativo com a análise qualitativa de dados narrados sobre realidades vividas pelos adolescentes no serviço de UP-CHTV. Através de um processo de amostragem por conveniência foram entrevistados 7 adolescentes com 16 anos e 3 adolescentes com 17 anos de idade, culminou com algumas sugestões e conhecimentos, que permitirão elaborar um quadro de normas de “Boa Prática” de forma a promover a adequação da intervenção da

equipa de enfermagem do UP-CHTV às necessidades dos adolescentes que recorrem a este serviço.

Relativamente à metodologia utilizada, é para nós motivo de satisfação poder afirmar que os aspectos metodológicos adoptados, bem como todo o processo de construção e elaboração deste projecto, foram os adequados, permitiram atingir os objectivos a que nos propusemos.

Ao enveredar por um estudo desta índole, várias foram as dificuldades sentidas, pois o tipo de estudo foi complexo, pela escassez de estudos nesta área e abordagem de população que se impunha. Das dificuldades relacionadas com a análise de conteúdo, realçamos o facto de a nossa amostra ser diminuída e, pela inexistência de um programa de investigação qualitativa por parte da escola, semelhantemente ao que acontece com a investigação qualitativa. Esta carência, obrigou-nos a um tratamento de dados sem recurso a qualquer programa informático, uma vez que só conseguimos vaga e aquisição de programa para 16 de Novembro de 2011. Apesar de tudo, essas barreiras foram ultrapassadas a seu tempo.

Na análise e tratamento estatístico obtivemos um conjunto de resultados dos quais salientamos os principais, tomando em consideração a ordem dos objectivos gerais da presente investigação, expressos no capítulo 3 (3.3):

- ⇒ Estruturalmente a nossa amostra foi constituída por 10 adolescentes com 16 e 17 anos de idade, sendo maioritariamente do sexo feminino e prevalecendo os 16 anos de idade com 70,00%. Todos os elementos são de nacionalidade Portuguesa com excepção de um que nasceu em Inglaterra e residentes em Viseu (70,00%) e no Concelho de Penalva do Castelo (10,00%), Nelas (10,00%), e Mangualde (10,00%);
- ⇒ Todos os elementos do nosso estudo frequentam a escola secundária pertencente à sua zona de residência, onde o maior número de reprovações regista-se nos elementos com mais que um irmão. O nível sócio económico III E V, coincide com os elementos que apresentam reprovações;
- ⇒ Se existem dados que nos leva a concluir que há subaproveitamento das unidades de cuidados primários e conseqüente satisfação de cuidados de saúde ao nível da UP (todos os jovens ocorreram à urgência sem passar por outra unidade de saúde, à excepção de um, vítima de acidente, em que a unidade que referencia não possui qualquer unidade de urgência/emergência), por outro, existem indicadores que referem que a maior parte dos jovens do nosso estudo, recorreram à urgência com critérios de episódio de urgência (70,00% com

prioridade 2; diferentes patologias onde se destaca a dor abdominal aguda (20,00%) e restantes como toracalgia, traumatismos, picadas de insectos e etilismo com 10,00% cada);

- ⇒ Todos os elementos do nosso estudo com dor abdominal eram do sexo feminino e os que se situavam no nível sócio económico mais baixo do nosso estudo (nível IV), foram triados com prioridade 2;
- ⇒ A totalidade dos adolescentes do nosso estudo sentem no mínimo uma dor quando ocorrem à UP, o que nos leva a concluir que o enfermeiro tem que estar preparado para lidar com o medo, minimizando-o, de forma a que o medo não maximize/confunda a sintomatologia que o traz à UP;
- ⇒ A maioria dos entrevistados (70,00%), depositam nos serviços de UP grande esperança, como lugar que reverte a situação de doença aguda, 90,00% consideram a urgência como um serviço acessível que lhes proporciona anonimato, flexibilidade e rapidez na resolução dos problemas;
- ⇒ Relativamente à percepção que os adolescentes detêm sobre a equipa de enfermagem, 50,00 % dos jovens entrevistados atribui ao enfermeiro a função de “ajudante do médico” e 20,00% não os diferencia dos outros profissionais. Esta generalização das funções dos enfermeiros, poderá demonstrar como a sociedade vê os enfermeiros: um profissional subordinado e não autónomo.
- ⇒ No que se refere à adequação da equipa de enfermagem ao grupo etário em questão, podemos verificar algumas inadequações: (40,00%) dos adolescentes do nosso estudo sugerem que esta fase do ciclo vital deve ter uma assistência diferenciada das crianças; 10,00% refere-se mesmo contra os bonecos que as enfermeiras trazem na farda; 10,00% diz que foi vítima de juízos de valor por parte da equipa de enfermagem; só 50,00% é que refere que lhe foi pedido o consentimento informado oral, não havendo qualquer referencia ao pedido escrito). Contudo, os enfermeiros da UP dão grande importância à preparação e esclarecimentos antes de efectuarem qualquer acto de enfermagem (80,00% explicações esclarecimentos dos cuidados a serem prestados). Podemos também verificar que, o número de enfermeiros é suficiente, e que os adolescentes demonstram pretensões de serem cuidados pelo enfermeiro do mesmo sexo dado que todos o entrevistados do sexo feminino referem que a disparidade de enfermeiros e enfermeiras na equipa de enfermagem lhe convém, enquanto os do sexo masculino sugerem uma equidade;
- ⇒ No que se refere às medidas de melhoria na abordagem da equipa de enfermagem a esta fase do ciclo vital, os adolescentes acabaram por caracterizar os cuidados prestados pela equipa, embora sugerissem conforme já

referido, uma abordagem diferenciada das crianças, que o vestuário não deveria contemplar bonecos ou outra simbologia alusiva a facha etária inferiores, para o seu grupo etário. No entanto, os adolescentes tal como relata FONSECA (2005), referem que a conciliação de que esta facha etária tem necessidades específicas e especiais leva os profissionais a especializarem-se nesta área tal como acontece com outras fases do ciclo vital.

Face ao exposto, os resultados do nosso estudo demonstram que não há grande relação entre as variáveis sociodemográficas e de admissão com a variável central: percepção dos adolescentes. No entanto, conseguem responder às questões de investigação levantadas por nós no ponto 3.2.

Estes resultados, serão de grande utilidade prática para promover uma adequação da equipa de enfermagem da UP-CHTV, às necessidades dos adolescentes que ocorrem ao mesmo serviço, atingindo assim a meta final que se preconizou para este relatório final: “Normas de *Boas Práticas* para promover a adequação da equipa de enfermagem da UP-CHTV, às necessidades dos adolescentes ao seu serviço”.

Neste sentido, propomos que os enfermeiros UP, participem e realizem cursos na área da Adolescência, e das relações interpessoais, uma vez que estes, para além de aspecto relacionados com atualização/especificação e reflexão sobre a prática, incorporam um público heterogéneo de profissionais, que permite a troca de opiniões/experiências e conhecimentos.

Também sugerimos que num futuro próximo seja realizado um estudo que investigue a adequabilidade dos recursos físicos da UP-CHTV a esta facha etária.

A divulgação deste estudo, não permitindo a generalização de resultados porquanto se refere a um contexto específico de acordo com os objectivos de investigação, no entanto, possibilitará que outros investigadores, responsáveis por outros serviços de UP, tenham um pensamento incisivo sobre a temática e conjuguem os resultados deste com os de outros estudos, dificuldade por nos sentida pela escassez de estudos nesta área.

No caso concreto da UP-CHTV, como aplicação futura dos resultados desta investigação, propomo-nos realizar uma supervisão crítica dos resultados em “focus group” (constituído pela pessoa que assumem funções de Chefia do Serviço UP-CHTV), a qual já está em curso (Apêndice IV), com a pretensão de complementar e enriquecer o nosso estudo.

Podemos concluir, que os próprios adolescentes têm muitas ideias sobre o modo como os serviços de urgência podem ser mais amigos. “Curiosamente, de um modo geral, dão mais importância ao “*ethos*” do que à própria qualidade técnica.” (FONSECA, 2005.p.111).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ AGNEW, R.-**An integrated theory of the adolescent peak in offending**. *Youth & Society*, 34(3), (p.263-299). 2003.
- ✓ AMARAL, A. M. Q. -**Casuística de entrada de Adolescentes no SU Pediátrico**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2010
- ✓ ALBUQUERQUE, C. M. -**Comportamientos sslud y de riesgo en la adolescência: determinantes psicosociales y cognitivos**.Badajoz. Universidade de Extremadura, 2004. p.550 Tese de Doutoramento, Faculdade da Extremadura, Espanha.
- ✓ PERDIGÃO, A.; PINTO A. – **Guia dos Direitos da Criança**. Lisboa: Circulo Leitores, 2009.
- ✓ BAPTISTA, H.; FERNANDES, A. – **Cuidados em Parceria: Perspectiva do Enfermeiro**. VISEU: Instituto Politécnico de Viseu, 2007. p.190 Monografia de Final de Especialização em saúde Infantil e Pediatrica.
- ✓ BARANANO, Ana Maria -**Métodos e técnicas de investigação em gestão**: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação. Lisboa: Ed. Sílabo, 2004.
- ✓ BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2001.
- ✓ BRAVO, Restituto Sierra. –**Técnicas de Investugação Social – Teoria Y Ejercicios**. Espanha: Thomson Editores, 2003.
- ✓ CATURRA, Luis; FREIRA. Silvia –**Saúde Infantil**. Coimbra: Hospital Pediátrico de Coimbra, Setembro 2004. p.53 ISSN n.º 0874-2820. 2007.
- ✓ COSTA, S.; SANTANA, M.; SILVA, A. – **Padrões de utilização do Serviço de Urgência po Adolescentes: a realidade de Guimarães**. Vila Nova Famalicão: Ecos do Minho, 4 (9), (Novembro 2009), p.29-34.
- ✓ COSTA, J. S. -**Métodos de Prestação de Serviço**. Millenium, 30 (8), p.234-251. ISSN 0873-3015. 2004
- ✓ CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. - **Metodologia Científica : para uso dos estudantes universitários**. 3.ed. São Paulo : McGraw-Hill, 1983.
- ✓ DECRETO-LEI Nº 161/96. D. R. I-A Série. 205 (4/09/1996). Regulamenta do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- ✓ DESPACHO N.º 9871/2010. D.R: 2º Série 112 (11/06/ 2010). 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.

- ✓ DECRETO- LEI Nº 412/98 D.R. 1-A Série 300 p. 7257-7264 (30-12-1998) . Procede à reestruturação da carreira de enfermagem.
- ✓ DIAS, M. O. -**Plano de Investigação. Avanços passo a pass.**, Maria Olívia Dias, Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda. 2010.
- ✓ ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU – **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. Viseu:[s.n.], 2009. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- ✓ FERNANDES, António M. C. – **Comportamentos Delinquentes: Papel Parental e Escolar**. Viseu: Intitulo Politécnico de Viseu, 2011. Tese de Mestrado
- ✓ FONSECA, A. C. -**Diferenças individuais no desenvolvimento do comportamento anti-social**: o contributo dos estudos longitudinais. In A.C. Fonseca (Ed.). *Comportamento anti-social e crime*. Coimbra: Almedina, 2005. p. 412-461
- ✓ FONSECA, Helena -**Viver com Adolescentes**. 3ª edição. Lisboa: Editorial Presenças, 2005.
- ✓ FONSECA, Helena -**Compreender os Adolescentes**. 4ª edição. Lisboa: Editorial Presenças, 2005.
- ✓ FORTIN, Marie Fabienne -**O processo de investigação** - da concepção à realização. Loures: Lusociência, 2009.
- ✓ GILBERT, P.; PARLIER, M. -**La Cop.8-14.mpetence: du “mot-valise” au Concept operatoire – Actualité de la formation permanente**. ISSN 0153-2448 1992,
- ✓ Gil, António Carlos -**Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, SA, 1989.  
Gil, António Carlos -**Como elaborar projectos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, SA., 1995.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. INE, 2011. Disponível em: <http://www.ine.pt> . acedido em 12/08/2011, às 23 horas
- ✓ JORGE, I. C.; SIMÕES, M. C. -**A qualidade de cuidados na perspectiva do utente**. *Servir*, 43 (6), p.290- 296. 1995.
- ✓ McINTYRE, Teresa Mendonça; PEREIRA, Maria da Graça; SILVA, Natália Sofia; FERNANDES, Susana; CORREIA, Maria José; McINTYRE, Scott Elmes. -**A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação**, Porto: Edição Ministério das Cidades, *Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital Espírito Santo de Évora E.P.E.*, 2002.
- ✓ MEDEIROS M. T. –**Adolescência: Abordagem, investigações e Contextos de Desenvolvimento**. (S.I.): Direcção Regional da Educação.

- ✓ MORSE, Janice M. -**Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa**. Coimbra: Formasau, 2007.
- ✓ NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código Deontológico do Enfermeiro**: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa:Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. –**Estatuto**: Nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. -**Guias Orientadores de Boas Práticas Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- ✓ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE -**Jovens: Escolhas e Mudanças promovendo Comportamentos Saudáveis em Adolescentes**. Brasil: Editora Roca Ltda, 2008.
- ✓ OPPERMAN, Cathleen S.; CASSANDRA, Kathleen A. –**Enfermagem Pediátrica contemporânea**. Loures: Lusociência, 2001.
- ✓ PHANEUF, Margot –**Relação de ajuda**: elemento de competência da enfermeira. Cuidar. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1995.
- ✓ PHANEUF, Margot –**Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lusociência: Loures, 2005.
- ✓ World Health Organization, 2006 -**Orientation Programme on Adolescent hHealth for Heath-care Providers**. WHO, 2006
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION. –**Adolescent Friendly Health Services**: An Agenda For Change. WHO, 2002.
- ✓ PRAZERES, V.; LARANJEIRA, AR; OLIVEIRA, V. – Bases do Programa **Nacional de Saude dos Jovens, 2005**. Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2005.
- ✓ REGULAMENTO Nº 122/2011. D.R. 2ª série – Nº35-(18/02/2011). **Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro especialista**.
- ✓ REGULAMENTO Nº 123/2011. D.R. 2ª série – Nº35 - 1(8/02/2011). **Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**.

- ✓ ROCHA, P. A.. - **A relação de ajuda no ensino de enfermagem**: Aveiro: Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2008. Tese de Doutoramento.
- ✓ TACSI Y. R. C. & VENDRUSCOLO D. M. S. – A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica. Revista Electrónica de Enfermagem. Ribeirão Preto. 12 (3). (Maio/Junho 2004), p.477-484.
- ✓ URRÁ, Javier. – O que ocultam os filhos o que escondem os pais. Lisboa: A esfera dos Livros, 2009. ISBN:978-989-626-163-4.
- ✓ VALA, Jorge –**Análise de Conteúdo**. IN Silva, Augusto Santos; Pinto, José é Madureira. Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afogamento, 1986. ISBN 9789723605037.
- ✓ VAZ, C. & CATITA, P. Cuidar no serviço de urgência. Lisboa: *Nursing*, 148, (Setembro, 2000), p. 14-17.
- ✓ XAVIER, BILHOTA – **Alargada pediátrica até aos 18 anos**. Lisboa: Pais & Filhos, (Dezembro 2009). Disponível em [http://www.paisefilhos.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2030&Itemid=60](http://www.paisefilhos.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=2030&Itemid=60)

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE-I**

Entrevista e guia da entrevista



# Instrumento de colheita de dados

## ENTREVISTA

Data:	Nº

## SECÇÃO A:

### CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E ESCOLAR

1. Que Escola Frequentas? Mangualde

2. Qual o teu sexo?

*Masculino*

*Feminino*

3. Qual a tua idade?

*Anos*

4. Onde Resides?

*Meio Rural*

*Meio Urbano*

*Concelho*

Viseu   
Nelas   
Satão

Mangualde   
Tondela   
Vouzela

Canas de Senhorim   
Moimenta Beira   
Oliveira de Frades

São Pedro Sul   
Carregal do sal

Santa Comba   
Castro Daire   
Outro

Vindas há urgência no período da pesquisa:

Uma vez

Duas vezes

Três vezes

Quatro vezes

5. Ano de Escolaridade que frequentas: 9º

6. Que grau de escolaridade gostarias de atingir?

9º ano.....

Ensino Secundário.....

Ensino Superior.....

Outro, qual? \_\_\_\_\_

7. Já reprovaste alguma vez?

*Sim*

*Não*

7.1. Se sim indique:

O número de reprovações. em que ano(s)-

8. Qual o país onde nasceste ?

8.1. Se não foi Portugal, há quantos anos cá resides:

9. Quantos irmãos?

9.1. Mais velhos

9.2. Mais novos

10. O que queres ser quando ingressares no mercado de trabalho (profissão) ?\_

11-Nível Sócio Económico dos Pais/ Encarregados de Educação (EE) (Índice de Grafar)			
11.1-Profissão	Pai	Mãe	
Directores de bancos ou de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários e militares de altas patentes			
Chefes administrativos ou de grandes empresas, sub-directores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes			
Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, encarregados e mestres-de-obras			
Motoristas, policiais, cozinheiros e outros (operários especializados)			
Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza e outros (operários não especializados).			
11.2-Níveis de Instrução	Pai	Mãe	
Ensino universitário ou equivalente			
Ensino médio ou técnico superior			
Ensino secundário ou técnico inferior			
Ensino primário completo ou ensino preparatório			
Ensino primário incompleto ou nulo			
11.3-Fonte de rendimento da família			
A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida			
Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados			
Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo (tipo funcionário)			
Os rendimentos resultam de salários, remunerações por semana, por horas ou à tarefa			
A beneficência pública é que te sustenta ou à tua família			
11.4-Conforto de habitação da família	Pai	Mãe	
Casa ou andar luxuoso e muito grande com o máximo conforto			
Casa ou andar sem serem luxuosos, mas espaçosos e confortáveis			
Casa ou andar modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados			
Categoria intermédia entre andares modestos e alojamento impróprio			
Alojamento impróprio para uma decente, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles com excesso de lotação (onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade)			
11.5-Aspecto do bairro onde a família tem a casa ou andar onde habita:	Pai	Mãe	
Bairro residência e elegância, onde os valores dos terrenos ou o aluguer são elevados			
Bairro residencial bom. De ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas			
Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas			
Bairros operários, populosos, mal arejados, próximo de fábricas			
Bairros da lata			

## SECÇÃO B

### 2-REFERENCIAÇÃO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA:

Centro de Saúde       Outro Hospital       Clínica       Pediatria   
 Unidade Familiar       Outro Médico       Saúde 24       Domicílio

### 3-MOTIVO DE RECURSO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA (FLUXOGRAMAS da triagem de Manchester)

Agressão <input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Auto-agressão <input type="checkbox"/>
Cefaleia <input type="checkbox"/>	Convulsões <input type="checkbox"/>	Comportamento estranho <input type="checkbox"/>	Corpo estranho <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Dispneia <input type="checkbox"/>	Diarreia e/ou vômitos <input type="checkbox"/>	Doença mental <input type="checkbox"/>
Dor cervical <input type="checkbox"/>		Doenças sexualmente transmissíveis <input type="checkbox"/>	Dor abdominal <input type="checkbox"/>
Dor lombar <input type="checkbox"/>	Dor torácica <input type="checkbox"/>	Dor de garganta <input type="checkbox"/>	Dor testicular <input type="checkbox"/>
Embriaguez aparente <input type="checkbox"/>		Estado de inconsciência / síncope <input type="checkbox"/>	Erupções cutâneas <input type="checkbox"/>
Exposição a químicos <input type="checkbox"/>	Feridas <input type="checkbox"/>	Gravidez <input type="checkbox"/>	Grande traumatismo <input type="checkbox"/>
Hemorragia gastrointestinal <input type="checkbox"/>		Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/>	Indisposição no adulto <input type="checkbox"/>
Infecções locais e abscessos <input type="checkbox"/>		Lesão toraco-abdominal <input type="checkbox"/>	Mordeduras e picadas <input type="checkbox"/>
Pais preocupados <input type="checkbox"/>		Palpitações <input type="checkbox"/>	Problemas faciais <input type="checkbox"/>
Problemas estomatológicos <input type="checkbox"/>		Problemas oftalmológicos <input type="checkbox"/>	Problemas de ouvidos <input type="checkbox"/>
Problemas urinários <input type="checkbox"/>	Queda <input type="checkbox"/>	Queimaduras profundas e superficiais <input type="checkbox"/>	
Sobredosagem e envenenamento <input type="checkbox"/>		T.C.E. Trauma cranio-encefálico <input type="checkbox"/>	
Catástrofes- Avaliação primária <input type="checkbox"/>		Catástrofes- Avaliação secundária <input type="checkbox"/>	

### 3-Prioridade na TRIAGEM: (Protocolo instituído no Serviço de Urgência Pediátrica do CHTV)

P1       P2       P3       SEM

## Guião da Entrevista

1. O que é que pensastes quando te apercebestes que tinhas que recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica do CHTV EPE?
  - Medos/receios/sentimentos
  - Motivações
  - Recursos físicos
  - Recursos Humanos
  - Materiais adequados
  - Acessibilidade
  
2. O que é que os enfermeiros fazem no Serviço de Urgência?
  - Função/papel
  - Importância
  - Outros
  
3. O que é que os enfermeiros te fizeram?
  - Cuidados prestados
  - Explicação/esclarecimento/perspectivas dos cuidados a serem prestados disseram-me
  - Consentimento informado para a prestação dos cuidados (não, oral e escrito – se podiam se faz favor se deixava
  - Ajudas/esclarecimentos/ensinos
  - Outros
  
4. Como descreves os enfermeiros da urgência?
  - Simpáticos/antipáticos/comunicativos
  - Amigos/inimigos porque
  - Dedicados/indiferentes
  - Competentes/incompetentes-
  
5. Sugestões de mudança na equipa de enfermagem?
  - Atitudes/comportamentos
  - Vestuário adequado
  - Sexo –
  - Número de elementos-
  - Outros



## **APÊNDICE-II**

Tabela Mestre



Entrevista nº	Escola que frequenta	sexo M F	Idade	Meio habitacional	Residência Concelho	Ano que frequenta	Nível de ensino atingir	Nº de reprovações	nacionalidade	Irmãos mais N V	Profissão idealizada	Nível socio económico dos pais	Referenciação	Motivo de recurso	Vindas à UP	prioridade facilitadores	
E1	Viriato	X	17	RURAL	Viseu	12º	Superior	0	Portugal	1	0	Enfermeira	4	Domicílio	Lipotimia	3	2
E2	Alves Martins	X	17	RURAL	Viseu	12º	Superior	0	Portugal	1	0	Eng mecânico	3	Domicílio	Picada injecto	+4	3
E3	Penalva Castelo	X	16	RURAL	PENALVA	12º	Não sei	0	portugal	1	1	Não sei	4	Centro saúde	Grande traumatismo	1	2
E4	Canas Senhorim	X	16	RURAL	Nelas	8º	Superior	3º	Portugal	1	1	Veterinária	4	Domicílio	D.abdominal	2	2
E5	Mangualde	X	16	RURAL	Mangualde	9º	Superior	1º	Inglaterra	1	0	Não sabe	3	Domicílio	Queda	+4	2
E6	Alves Martins	X	16	CIDADE	Viseu	11º	Superior	0	Portugal	0	0	Professora	1	Domicílio	Odmorçaja	1	3
E7	Emídio navarro	X	16	CIDADE	Viseu	11º	Superior	0	Portugal	0	1	farmacêutica	1	Domicílio	elismo	3	1
E8	Emídio navarro	x	16	cidade	Viseu	10º	superior	1	Portugal	3	0	Gestora empresas	3	Domicílio	Vómitos cetáceas	+4	3
E9	Mariana seixas	x	17	Cidade	Viseu	10	Superior	1	Portugal	4	q	Eng Mecânico	4	Domicílio	Torçaoçaja de repetição	2	2
E10	Emídio navarro	X	16	CIDADE	Viseu	11º	Superior	0	Portugal	0	0	Psicóloga	2	Domicílio	Dr abdominal	2	2



## **APÊNDICE-III**

Formulário *Grupo FOCUS*



**Colegas:**

Estou a desenvolver um trabalho no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior Saúde de Viseu, sob a orientação da Doutora Amarílis Rocha, com o Tema: Percepção que os adolescentes com 16 e 17 anos de idade, detêm sobre a equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

É um estudo qualitativo, exploratório-descritivo que tem como objectivo: analisar a Percepção que os Adolescentes com 16 e 17 anos de idade, Detêm sobre a Equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Os dados foram colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, aplicada, a todos os adolescentes com 16 e 17 anos de idade, que recorreram ao serviço de Urgência Pediátrica do CHTV no período de 25 a 27 de Agosto de 2011.

Foram observados os seguintes Resultados: Os entrevistados reconhecem a necessidade de uma assistência diferenciada aos adolescentes por parte dos enfermeiros, contudo, generalizam as suas funções; apontam como principal função dos mesmos-“ajudar o médico”; Os “enfermeiros acompanham-nos continua e directamente”, ao ponto de “não os diferenciarem de outros técnicos”. No que concerne aos cuidados prestados pelos enfermeiros, relatam que estes executam “cuidados técnicos” e referem nunca lhes ter sido solicitado o consentimento informado escrito.

De forma a enriquecer este, venho solicitar a vossa colaboração. Pretendo que facultem a vossa opinião, sobre os resultados que emergiram da aplicação a 10 elementos da nossa amostra.

**Tabela 4:** Funções dos enfermeiros segundo os adolescentes que corroem UP-CHTV

Categories	Unidades de análise	n	%	N
Funções dos enfermeiros	ajudar o medico: E2, E7, E8, E9, E10 #5	5	50,00	18
	acompanhamento/continua e directo: E1, E2, E3, E4, E5, E8, E10 #7	7	70,00	
	tratar doentes: E1, E3, E6, E9 #4	4	40,00	
	não o diferenciarem de outros técnicos: E8, E6 #2	2	20,00	

**Tabela 5:** Cuidados prestados pelos enfermeiros da UP-CHTV, aos adolescentes de 16 e 17 anos

Categories	Unidades de análise	n	%	n	Não abordado	Não pediram
Cuidados prestados	▷ Cuidados técnicos: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 #10	10	100,00	15		
	▷ Consentimento informado para a prestação dos cuidados oral e escrito): E1, E3, E4, E5, E6 #5	5	50,00		E2 E7 E10	E8,E9 não pediram

**Tabela 7:** Sugestões de melhoria da equipa Enfermagem UP-CHTV dada pelos adolescentes de 16 e 17 anos de idade

Categories	Unidades de análise	N	%	N	%	Não abordado
sexo dos enfermeiros	Igual numero de enf <sup>o</sup> e enf <sup>a</sup> : E3, E5, E6, E8 #4	4	40,00	80	40,00	E2 E7
	Convêm-me como é: E1, E4, E9, E10 #4	4	40,00			
Nº Enfermeiros	Numero enf suficientes: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 #9	10	100,00	100	100,00	
Atitude	Uma assistência diferenciada ao adolescentes: E2, E5, E6, E7 #4	40	40,00	100	100,00	
	Atitude adequada: E1, E3, E4, E8, E10 #5	50	50,00			
	Fizeram juízo de valores: E7 #1	10	10,00			
vestuário	Vestuário adequado: E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10 #8	80	80,00	90	90,00	E7
	Vestuário Não adequado com bonecos: E6 #1	10	10,00			

Faça um comentário aos resultados que obtiveram as seguintes unidades de análises:

**-100,00% dos adolescentes do nosso estudo referem a unidade de análises “Cuidados técnicos” (Tabela 5)**

**Comentários:**

**Sugestões de melhoria:**

**-Consentimento informado para a prestação dos cuidados, aconteceu apenas em 20,00% da nossa amostra e apenas de forma oral ” (Tabela 5)**

**Comentários:**

**Sugestões de melhoria:**

**A unidade de análise “ajudar o médico” como função dos enfermeiros atinge 50,00% (Tabela 4)**

**Comentários:**

**Sugestões de melhoria:**

**-70,00% dos adolescente entrevistados generalizam as suas funções, 20,00% confundem com outros profissionais de saúde e 50,00% refere como função principal ajudar os médicos” (Tabela 4)**

**Comentários:**

**Sugestões de melhoria:**

**- 40,00% dos adolescentes do nosso estudo propõe como mudança a unidade de análise: “Uma assistência diferenciada ao adolescentes” (Tabela 7)**

**Comentários:**

**Sugestões de melhoria:**

**OBRIGADO**

**António Fernandes**

## **ANEXOS**



## **ANEXO-I**

DESPACHO Nº 9871/2010 DE 11 DE JUNHO  
alargamento da idade pediátrica



## Instituto da Segurança Social, I. P.

## Centro Distrital do Porto

## Despacho n.º 9870/2010

Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 35.º do CPA e no uso dos poderes que me foram subdelegados pelo Despacho do Exmo. Senhor Director Adjunto do Centro Distrital do Porto, n.º 5425/2010, publicado no *Diário da República*, 2.ª série n.º 59, de 25 de Março de 2010, subdelego na Directora do Núcleo de Prestações de Desemprego, alicienciada Anabela de Assunção Costa Paulo Magalhães, a competência para:

1.1 — Decidir sobre as prestações do sistema previdencial, no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto;

1.2 — Decidir sobre as prestações do subsistema de solidariedade do sistema de protecção social de cidadania, no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto;

1.3 — Despachar pedidos de justificação de faltas;

1.4 — Decidir sobre a justificação das faltas ao serviço dos colaboradores sob sua dependência;

1.5 — Despachar os pedidos de autorização para ausência ao serviço, por motivos de tratamento ambulatorio, consultas médicas ou exames complementares de diagnóstico;

1.6 — Assinar a correspondência relacionada com assuntos de natureza corrente necessária ao normal funcionamento dos serviços, incluindo a dirigida aos tribunais, com excepção da que for dirigida ao Presidente da República, à Assembleia da República, ao Governo e aos titulares deste órgão de soberania, à Provedoria de Justiça e a outras entidades de idêntica ou superior posição na hierarquia do Estado, salvaguardando situações de mero expediente ou de natureza urgente;

1.7 — Autorizar a passagem de certidões e declarações respeitantes a beneficiários no âmbito da competência do Núcleo de Prestações de Desemprego do Centro Distrital do Porto.

2. — O presente despacho produz efeitos a partir de 15 de Março do ano corrente, ficando assim ratificados os actos praticados no âmbito dos poderes nele conferidos, nos termos do artigo 137.º do CPA.

30 de Abril de 2010. — A Directora da Unidade de Prestações, *Ana Paula Machado da Costa*.

203339641

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

## Gabinete da Ministra

## Despacho n.º 9871/2010

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança é o mais amplamente ratificado instrumento internacional de direitos humanos. A Convenção sobre os direitos das crianças foi adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

A criança é definida no artigo 1.º da Convenção como todo o ser humano com menos de 18 anos, excepto se a lei nacional conferir a criança tem direito a gozar do mais alto padrão de saúde possível a ser assegurado pelo Estado. Com vista à realização plena destes objectivos, as políticas em saúde e as medidas tomadas nos últimos 20 anos tornaram Portugal uma referência na promoção da saúde da criança e do adolescente.

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.

Estudos realizados pela Direcção-Geral de Saúde e pelo Instituto de Apoio à Criança — Sector Humanização revelam que hoje o atendimento estabelecido nos serviços de pediatria em todos os hospitais varia entre os 12 e os 18 anos. Nesta medida, o âmbito subjectivo do Programa Tipo Saúde Infantil e Juvenil da Direcção-Geral de Saúde 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.

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.

Assim, determino:

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.

1 de Junho de 2010. — A Ministra da Saúde, *Ana Maria Teodoro Jorge*.

203338775

## Despacho n.º 9872/2010

As unidades coordenadoras funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal foram criadas pelo despacho n.º 6/91, de 28 de Maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, e reestruturadas pelo despacho n.º 12917/98, de 27 de Junho, da Ministra da Saúde, que alargou o seu âmbito e competências à criança e ao adolescente. Durante os seus quase 20 anos de existência, as UCF desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente, assim como na indispensável articulação entre a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalar, tendo permitido uma melhoria significativa nos indicadores, sendo Portugal hoje apontado como país de referência dos indicadores materno-infantis. Sucessivas alterações legislativas, nomeadamente a modificação dos modelos de gestão ao nível da prestação de cuidados de saúde primários e gestão hospitalar designadamente com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), a aprovação da rede de referenciação materno-infantil, por despacho ministerial, em 26 de Abril de 2001, a criação da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, através do despacho n.º 21929/2009, de 1 de Outubro, tomam premente proceder à reestruturação das UCF da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente, permitindo a sua consolidação enquanto organismos funcionais indispensáveis à promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente. Considera-se, ainda, fundamental proceder à redefinição das comissões técnicas regionais, criadas ao abrigo do despacho n.º 5411/97, de 6 de Agosto, da Ministra da Saúde, através da criação de comissões regionais de saúde da mulher, da criança e do adolescente (CRSMCA), estruturas consultivas das administrações regionais de saúde. As CRSMCA, através do alargamento das suas competências, potenciam uma articulação optimizada entre todos os interlocutores na área da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente a nível local, regional e nacional na promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente.

Nestes termos, e nos do artigo 8.º, n.º 1, e do artigo 22.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 321/2009, de 11 de Dezembro, determino:

1 — A criação, em cada região de saúde, de unidades coordenadoras funcionais de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente as quais devem ser constituídas de acordo com a arquitectura definida pela rede de referenciação materno-infantil em vigor, e tendo como referência a existência de uma maternidade, hospital ou centro hospitalar que sejam dotados de blocos de partos e de serviços de obstetria e de pediatria, e dos ACES da sua área de influência.

2 — Cada UCF é constituída por duas subunidades de acordo com as seguintes vertentes:

- a) Saúde materna e neonatal;
- b) Saúde da criança e do adolescente.

3 — As duas subunidades funcionam de forma autónoma, desenvolvendo um programa próprio, sem prejuízo da complementaridade de objectivos, os quais são definidos em reunião anual da UCF.

4 — A subunidade de saúde materna e neonatal é composta pelos seguintes membros:

a) Director do serviço de ginecologia/obstetria do hospital, centro hospitalar ou maternidade;



## **ANEXO-II**

Regulamento nº122/2011 e 123/2011 da Ordem dos Enfermeiros



8648

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Ficam notificados todos os interessados, de que o processo supra identificado, foi encerrado.

A decisão de encerramento do processo foi determinada por: Insuficiência de bens para satisfação das custas do processo e das restantes dívidas da massa insolvente (art.º 230 al. d) e artigo 232.º n.º 1, 2 e 7 do CIRE).

Efeitos do encerramento: Os previstos no disposto no art.º 233.º do CIRE.

09/02/2011. — O Juiz de Direito, Dr.ª *Cristina Rebelo*. — O Oficial de Justiça, *Lurdes Lemos*.

304332911

### CONSELHO SUPERIOR DOS TRIBUNAIS ADMINISTRATIVOS E FISCAIS

#### Deliberação (extracto) n.º 485/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. António Manuel de Macedo de Almeida, juiz conselheiro da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer, em comissão de serviço, as funções de consultor da Casa Civil do Presidente da República e de secretário do Conselho de Estado — desligado do serviço para efeitos de aposentação/jubilação.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.  
204339854

#### Deliberação (extracto) n.º 486/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Abel Ferreira Atanásio, juiz conselheiro, da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer o mandato de presidente do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa e do Tribunal Tributário de Lisboa e, em acumulação, do Tribunal Administrativo e Fiscal de Almada — nomeado para, em regime de

acumulação, exercer as funções de presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.  
204339943

#### Deliberação (extracto) n.º 487/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011, foi reformulada a delegação de poderes operada por deliberação de 25 de Janeiro de 2011, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 25, de 4 de Fevereiro de 2011 [Deliberação (extracto) n.º 349/2011], e foram delegados na Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Loulé, Juíza Conselheira Fernanda Martins Xavier e Nunes, e no Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra, Juiz Conselheiro Abel Ferreira Atanásio, os poderes para a organização e aprovação conjunta dos mapas de férias dos juizes em exercício de funções nos Tribunais Administrativos e Fiscais de Loulé, Beja e Sintra, mantendo-se quanto ao mais a delegação de poderes operada pela referida deliberação de 25 de Janeiro de 2011.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.  
204340039

#### Deliberação (extracto) n.º 488/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Benjamim Magalhães Barbosa, juiz de direito, em comissão permanente de serviço como juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, e actualmente em comissão de serviço como Coordenador do Departamento de Formação do Centro de Estudos Judiciários — provido, a título definitivo, no lugar de juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, mantendo a comissão de serviço no Centro de Estudos Judiciários.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*.  
204339992



## PARTE E

### ORDEN DOS ENFERMEIROS

#### Regulamento n.º 122/2011

#### Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

##### Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim:

Nos termos do n.º 6 do artigo 4.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e da alínea *d*) do artigo 30.º, da alínea *o*) do artigo 20.º e da alínea *i*) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Directivo, ouvidos o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

##### Artigo 1.º

##### Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

##### Artigo 2.º

##### Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

3 — As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.

4 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

#### Artigo 3.º

##### Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competências acrescidas”, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.

d) “Domínio de competência”, é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

e) “Norma ou descritivo de competência”, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

f) “Unidade de competência”, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

g) “Critérios de avaliação”, compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

#### Artigo 4.º

##### Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### Artigo 5.º

##### Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

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

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

#### Artigo 6.º

##### Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

#### Artigo 7.º

##### Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

#### Artigo 8.º

##### Competências do domínio das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:

a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

#### ANEXO I

##### A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

##### Competência

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

##### Descritivo

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações de prática especializada.	A1.1.1 — As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2 — O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão. A1.1.3 — A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações de prática clínica. A1.1.4 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.5 — As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.
A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.	A1.2.1 — As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão. A1.2.2 — As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

5650

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	A1.2.3 — Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.2.4 — Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.
A1.3 — Lídera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.	A1.3.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.3.2 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. A1.3.3 — Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão. A1.3.4 — Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.
A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.4.1 — Alinha os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.4.2 — Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

#### Competência

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

#### Descritivo

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a protecção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade. A2.1.2 — Promove o respeito pelo direito dos clientes ao acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.3 — Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.4 — Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.5 — Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.6 — Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido. A2.1.7 — Reconhece e aceita os direitos dos outros. A2.1.8 — Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.
A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco. A2.2.2 — Adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas. A2.2.3 — Tem uma conduta preventiva, antecipatória. A2.2.4 — Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5 — Identifica as opções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6 — Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.

#### ANEXO II

#### B — Domínio da Melhoria da Qualidade

#### Competência

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

#### Descritivo

Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.	B1.1.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados no nível organizacional. B1.1.2 — Desenvolve aptidão a nível de análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3 — Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos de qualidade com outras instituições. B1.1.4 — Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	B1.2.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

#### Competência

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

#### Descritivo

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	B2.1.1 — Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3 — Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4 — Realiza auditorias clínicas. B2.1.5 — Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Elabora guias orientadores de boa prática.
B2.3 — Lidera programas de melhoria.	B2.3.1 — Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

#### Competência

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

#### Descritivo

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo. B3.1.3 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4 — Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5 — Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6 — Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7 — Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8 — Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência.

8652

Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

## ANEXO III

**C — Domínio da gestão dos cuidados****Competência**

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

**Descritivo**

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crterios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3 — Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

**Competência**

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

**Descritivo**

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crterios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estro favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

## ANEXO IV

**D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais****Competência**

D1 — Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

**Descritivo**

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crterios de avaliação
D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiosincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

### Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

### Descritivo

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto socio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

29 de Maio de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304319903

## Regulamento n.º 123/2011

### Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

#### Preâmbulo

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde

assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al.*, 2007).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE®1.0.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

#### Artigo 1.º

##### Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

#### Artigo 2.º

##### Âmbito e finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

#### Artigo 3.º

##### Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

#### Artigo 4.º

##### Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1 — As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são as seguintes:

- a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

#### ANEXO I

##### Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

##### Competência

E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

##### Descritivo

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	<p>E1.1.1 — Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>
E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	<p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>

##### Competência

E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

##### Descritivo

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.	E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.	E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.
E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

#### Competência

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

#### Descritivo

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	E3.2.1 — Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.
E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4 — Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.	E3.4.1 — Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica realizada no dia 18 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

## **ANEXO-III**

Autorização do CHTV, para aplicação da entrevista na UP



*As Excmos. Directora e S.ª Chefe/Coordenadora de Urgência  
Pediátrica para informarmos.*



27/05/11

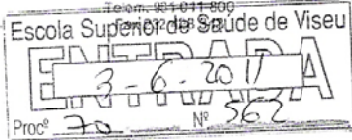
Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

*Autorizado*

3/06/11

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-543 VISEU  
Telf. 232 419 100



Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
**CHTV, EPE**  
Av. Rei D. Duarte  
3504-509 Viseu

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 598	Data: 26/05/2011
Processo:		Processo: 70	

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de relatório final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno António Manuel da Costa Fernandes do 1ºano do 1º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema **"Percepção dos Adolescentes face ao atendimento da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência Pediátrica do CHTV, EPE"**.

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o período de 13 a 17 de Junho de 2011.

O estudo tem como objectivos:

- ✓ Adequar a intervenção dos enfermeiros da UP do CHTV, EPE às necessidades dos adolescentes que recorrem ao mesmo serviço;
- ✓ Analisar a percepção que os adolescentes, detêm sobre a equipa de enfermagem do SUP-CHTV, EPE;
- ✓ Caracterizar o contexto e o motivo que leva os adolescentes a recorrerem ao UP- CHTV, EPE e relacioná-las com a percepção que os adolescentes, detêm da equipa de enfermagem do mesmo serviço;
- ✓ Indagar a relação existente entre as variáveis de contexto sócio demográfico e percepção que os adolescentes, detêm sobre a equipa de enfermagem do UP-CHTV, EPE;
- ✓ Promover a adequação da intervenção da equipa de enfermagem do UP-CHTV, EPE às necessidades dos adolescentes que recorrem ao seu serviço.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de recolha de dados.

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

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Hospital de São Teotónio - Viseu  
Secretariado da Administração  
Documento n.º 1177  
Pretoria 27/05/2011  
30/05/2011  
Secretaria 03/06/2011

Pelo Vice-Presidente da ESSV,

*Amarílis Rocha*  
Prof. Doutor Daniel Silva

*Coordenadora*  
3/6/2011

ARJAL