



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O Adolescente e a Vivência da Hospitalização

Isabel Maria Barroca dos Santos Lino

Guarda
2013



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

O Adolescente e a Vivência da Hospitalização

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Autora: Isabel Maria Barroca dos Santos Lino

Professora Orientadora: Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra

Guarda
2013

Dedico este trabalho ao meu marido Luís pelo amor, carinho, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que me transmite nos momentos mais difíceis... por me mostrar que sou capaz e por estar sempre presente.

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Tomás que me transmitiu alegria e inspiração para a realização deste trabalho.

À minha família por estar presente nos momentos mais difíceis e pelo apoio dado ao longo de todo este percurso.

À Professora Paula Pissarra por toda a colaboração e disponibilidade sempre demonstradas.

A todos os adolescentes que responderam às entrevistas e possibilitaram a concretização deste estudo.

Ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – EPE.

Aos colegas dos serviços de adulto que colaboraram e permitiram que se realizassem as entrevistas; Um especial obrigada às colegas Ângela Simões e Vera Dourado.

Ao Carlos Fernandes a gratidão pela sua preciosa ajuda, apoio e pela sua grande disponibilidade.

Finalmente, a todos os amigos e colegas que me apoiaram ao longo desta caminhada.

A todos aqui referidos um bem-haja.

RESUMO

A adolescência é um período da vida com características próprias que envolve mudanças a nível físico, cognitivo e psicossocial. É essencialmente nesta fase que a construção da identidade vai moldar a personalidade do adolescente, podendo a família e as reuniões com os grupos de pares exercer um papel fundamental e principal nas suas vidas. Apesar do adolescente possuir capacidade de pensamento concreto e abstrato, é nesta fase que há uma maior vulnerabilidade ao internamento. Os jovens vivenciam receios de perda de identidade e de controlo, alteração da imagem corporal e separação do seu grupo de pares.

Este estudo tem como tema “O adolescente e a vivência da hospitalização”, num serviço de adulto, tendo como objetivos: identificar os sentimentos vivenciados pelos adolescentes durante a hospitalização; conhecer as expectativas dos adolescentes relativamente ao internamento e identificar as necessidades sentidas durante a hospitalização.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, utilizando como técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada, sendo os participantes do estudo, adolescentes internados na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB).

Destacam-se como resultados deste estudo o facto dos adolescentes se sentirem bem quando hospitalizados em serviços de adulto, mas também sentirem dificuldades com a sua doença, sobretudo com as dores. É também de salientar quanto às suas expectativas, que o horário das visitas deveria ser mais alargado, que o espaço físico das enfermarias é suficiente e que se sentem bem, acompanhados de outras pessoas mais velhas. Relativamente às suas necessidades referem ter visitas tanto por parte dos familiares como dos amigos e o facto de não sentirem falta de outros objetos pessoais para além do computador ou a televisão nas enfermarias. São apontados como aspetos positivos do serviço de adulto, a simpatia e o apoio dos profissionais de saúde, a comida, o acesso à internet e a presença da família. Como aspetos negativos destacou-se o facto de não gostarem da comida, de alguns profissionais de saúde poderem ser mais atenciosos, a falta de televisão nas enfermarias e a solidão. Por último conclui-se que os adolescentes preferiam estar internados no serviço de pediatria.

Com a consciência que os resultados obtidos não são generalizáveis, sugere-se uma enfermaria no serviço de Pediatria para adolescentes com criação de espaços de lazer, a reformulação do regulamento de visitas específicas aos adolescentes, nomeadamente a presença contínua dos pais e a formação dos profissionais de saúde na área da adolescência.

Palavras-chave: Adolescência; Hospitalização; Necessidades Humanas.

ABSTRACT

Adolescence is a period of life with its own characteristics involving physical, cognitive and psychosocial changes. It is essentially in this stage that the construction of the identity shapes the personality of the adolescents, where the family and the peer groups meetings may play a major and principal role in their lives. Although the adolescent have the ability to abstract and concrete thinking, it is at this stage that there is a greater vulnerability to hospitalization. Young people experience fears of identity and control loss, change in body image and separation from their peer group.

This study has as its theme "The adolescent and the experience of hospitalization" in an adult service, having as objectives: identify the feelings experienced by adolescents during hospitalization; cognize the expectations of adolescents in relation to admission and identify the needs felt during hospitalization.

This is a study with a qualitative approach, using as data collection technique the semi-structured interview, being the study participants the adolescents admitted to the Local Health Unit of Castelo Branco (ULSCB).

Stand out as results of this study the fact that adolescents feel good when hospitalized in adult services, but also have difficulties with their illness, especially with the pain. It is also noteworthy, regarding their expectations, that the visiting time table should be broader; the physical space of the wards is enough and that they feel well together with other older people. In relation to their needs, they refer the visits from relatives and friends and not feeling lack of other personal items in the wards unless it is the computer or the television. As positive aspects of the adult service, it is noted the sympathy and support of health professionals, the food, the internet access and the presence of family. As negative aspects, stand out the fact that they do not like the food, that some health professionals may be more caring, the lack of television in the wards and loneliness. Finally it is concluded that adolescents would rather be admitted to the pediatric service.

Aware that the results are not generalizable, it is suggested a ward for adolescents in Pediatrics service with recreational areas, recasting the regulation of specific visits for adolescents namely the continuous presence of the parents and the training of health professionals in the adolescence area.

Keywords: Adolescence; Hospitalization; Human Needs

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Grelha de codificação dos domínios e categorias	63
Quadro 2 - Caracterização dos Entrevistados.....	65
Quadro 3 - Caracterização do processo de hospitalização	66
Quadro 4 - Expetativas relativas à hospitalização	68
Quadro 5 - Privacidade	69
Quadro 6 - Situação de doença	71
Quadro 7- Crítica ao serviço de adulto	72

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1 - O ADOLESCENTE E A ADOLESCÊNCIA.....	14
2 – A FAMÍLIA: CONCEITO, FUNÇÃO E ESTRUTURA.....	29
2.1- A FAMÍLIA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	31
3 - SAÚDE, DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO DO ADOLESCENTE	38
3.1 - O CUIDAR DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO ..	41
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
1– O MÉTODO.....	48
2 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	51
3 - PARTICIPANTES	52
3.1 - A POPULAÇÃO ENTREVISTADA	52
4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
4.1 – A ENTREVISTA.....	55
4.2 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
CAPÍTULO III-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .	59
1 - ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS.....	62
1.1 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	64
1.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES	85
BIBLIOGRAFIA.....	90
APÊNDICES.....	101
APÊNDICE A - Matriz da Entrevista	102
APÊNDICE B - Consentimento do Hospital.....	105
APÊNDICE C - Consentimento livre e informado	106
APÊNDICE D - Transcrição e categorização sistemática das entrevistas	107

INTRODUÇÃO

A investigação em Enfermagem reveste-se de extrema importância na medida em que permite compreender as diferentes dimensões da sua profissão. Face ao desejo de aprofundar conhecimentos e com a consciência da importância que assume na atualidade a vertente da adolescência propôs-se realizar um trabalho de investigação sobre as vivências dos adolescentes internados em serviço de adulto. O interesse por esta área surgiu da reflexão sobre o cotidiano da prática profissional.

A adolescência é marcada essencialmente pelas mudanças físicas, psicossocio-culturais e cognitivas. O corpo transforma-se, o pensamento modifica-se na forma de abordar a realidade, o adolescente anseia a emancipação parental e procura novas relações sociais, modificando-se também a representação que o indivíduo tem de si próprio num mundo e realidade nova (Cordeiro, 2006).

Quando se aborda a adolescência, tende-se a generalizar, podendo a generalização conduzir a uma perigosa standardização. No entanto, existem características biopsicossociais comuns aos adolescentes, só que estas diferem no modo como se concretizam em cada um, atendendo às características específicas adquiridas na infância (Cordeiro, 2004).

A adolescência implica não só a parte física, como os aspetos relacionais, sociais, o desenvolvimento da autonomia de pensamento e de deslocação, vontade, determinação, dúvidas e tipo de escolaridade (Cordeiro, 2009).

A Enfermagem tem uma dimensão científica que envolve o desenvolvimento de si, para si e para as pessoas cuidadas, onde se fundem valores, princípios e deveres para qualquer enfermeiro. Fortin (2003) reforça esta ideia, afirmando que, através da investigação de uma dada disciplina, visa-se a produção de uma base científica para guiar a prática, assegurando a credibilidade da profissão.

Ao longo da vida profissional, perante adolescentes hospitalizados os profissionais de saúde deparam-se com situações de ansiedade e angústia vivenciadas tanto pelos adolescentes como pelos seus pais. Sendo a hospitalização uma situação de crise em qualquer fase da vida, quando a mesma ocorre durante a adolescência, o processo torna-se mais complexo, pois segundo Ferreira (1996: 30) “exacerba o stress e angústia normais deste período de transformação e mudanças”.

Ao longo dos tempos, foi amplamente discutido se a adolescência deveria ser ou não pertença da Pediatria atendendo a que o adolescente não deveria ser visto como um adulto em

miniatura, tendo-se concluído que a Pediatria seria a especialidade com melhores condições para esse fim. No entanto, nos dias de hoje ainda é frequente encontrarem-se adolescentes internados em unidades de adultos, com escassez de recursos materiais e humanos que daí advêm.

A filosofia do cuidar em Pediatria aponta para uma maior implicação dos pais nos cuidados aos seus filhos e nos cuidados centrados na família por parte dos enfermeiros. Esta nova conceção de cuidar em Pediatria, cuidados centrados na família, evoluiu no sentido de abandonar a prática centrada na doença para a centrar nas necessidades no adolescente internado.

A escolha do tema, “**O adolescente e a vivência da hospitalização**” num serviço de adulto está diretamente relacionada com o facto de existirem poucos trabalhos realizados sobre esta temática. Apesar dos esforços feitos e da bibliografia consultada, não foram encontrados estudos nesta área, apenas fazem referência essencialmente aos adolescentes que se encontram internados em serviços de adolescentes.

Em Portugal, em 24 de Fevereiro de 1987, a idade pediátrica foi estabelecida até aos 14 anos e 364 dias nas urgências pediátricas e internamento. Estudos realizados pela Direção 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 17 anos e 364 dias. Com esta medida, a implementação do alargamento da idade de atendimento deverá ser gradual e progressiva, a definir por cada instituição (Despacho nº9871/2010). As intervenções em saúde neste grupo etário implicam uma planificada e complementar prestação de cuidados, pelos diferentes profissionais de saúde e nomeadamente pelos enfermeiros. Esta necessidade adquire nesta etapa da vida, uma maior pertinência pela diversidade dos recursos que exige e mobiliza. Na instituição onde o estudo foi desenvolvido, o alargamento da idade de atendimento até aos 18 anos no serviço de Pediatria, assim como a necessidade de sensibilização dos profissionais nomeadamente dos enfermeiros para cuidar de adolescentes na segunda etapa do seu desenvolvimento, ainda não é uma realidade.

A ideia de aprofundar este tema foi tomando forma à medida que se verificou a dificuldade que o adolescente tem em se integrar nos serviços de adultos, tendendo a sentirem-se desajustados no espaço em que se encontram. A inadequação do espaço físico e a falta de preparação dos profissionais de saúde para lidarem com os adolescentes são problemas facilmente detetáveis no dia-a-dia de muitos hospitais.

Perante a realidade que envolve a adolescência, e atendendo à carência de informação, por parte dos profissionais de saúde, relativamente a estas questões, torna-se imperativo fomentar a investigação nesta área. É cada vez mais significativo o número de adolescentes que entram em contacto com os serviços de saúde, apesar de estes não estarem especificamente direccionados e preparados para os receber. Assim, no dia a dia, os serviços de saúde confrontam-se com internamentos de adolescentes, com diagnósticos e patologias diferenciadas. Tendo em conta a delicada situação e natureza da causa exigem o máximo de empenho e disponibilidade por parte do enfermeiro.

No intuito de dar resposta às questões formuladas, resultante da experiência profissional e da pesquisa bibliográfica efetuada, procurou-se dirigir o estudo no sentido de, a partir das necessidades vivenciadas pelos adolescentes internados num serviço de adultos, conseguir identificar quais as suas necessidades relativamente à sua privacidade, ao horário de visitas, ao acompanhamento por familiares/pais, meios de distração e de lazer e a relação com os profissionais de saúde.

Deve então valorizar-se a parceria e o relacionamento do enfermeiro com os adolescentes, identificando quais as suas necessidades durante a sua hospitalização.

Neste sentido, delineou-se como objetivo geral para este estudo, ***“Identificar as vivências dos adolescentes hospitalizados em serviços de adultos”***.

O presente estudo está estruturado da seguinte forma. O primeiro capítulo comporta toda a fundamentação teórica e assenta numa vasta consulta bibliográfica, diversificada e pertinente face ao assunto visado, será inserida uma breve referência à adolescência, à saúde do adolescente, ao internamento hospitalar, privacidade, à problemática do alargamento da idade pediátrica para os 18 anos e à integração destes jovens nos serviços de saúde valorizando-se os aspetos relacionados com a hospitalização suscetíveis de influenciar a qualidade de vida do adolescente. Nesta abordagem não se pretende fazer um levantamento exaustivo do tema, mas sim apontar alguns fatores relevantes acerca dos quais já existem alguns estudos pertinentes, dando maior ênfase à adolescência; à família com parceira no cuidar; necessidades humanas; saúde, doença e hospitalização do adolescente. O segundo capítulo apresenta e justifica as opções metodológicas adotadas. Refere-se o método e os participantes utilizados no estudo e faz-se uma análise e interpretação dos resultados obtidos nas entrevistas.

Por último, tecem-se algumas conclusões, e propõem-se algumas sugestões/recomendações.

É assim um estudo reflexivo, que se antevê ser benéfico para os profissionais de saúde de um modo geral na ULSCB, quer exerçam a sua profissão em unidades hospitalares quer noutra tipo de unidades, permitindo uma melhor compreensão desta temática.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico desempenha um papel importante na medida em que funciona como suporte à abordagem do tema em estudo.

Tendo em linha de conta o objetivo geral do trabalho, procurou-se evidenciar neste capítulo, uma fundamentação teórica que seja pertinente e que sirva de suporte à restante investigação. Pretende-se assim, esclarecer e fundamentar os conceitos relacionados com a investigação de modo a apoiar o trabalho e que sirva de quadro de referência. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004: 22), “as enfermeiras que possuem alguma habilidade em pesquisa estão em melhor posição para contribuir para a profissão e o conhecimento de enfermagem”. Para Fortin (2003: 93) “O quadro de referência é uma generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo”. Tenta-se, assim, sintetizar os principais elementos que estão interrelacionados com os assuntos considerados relevantes com este fenómeno.

No contexto da investigação de saúde do adolescente os temas relacionados com esta etapa de desenvolvimento tem aumentado. “Tem sido objecto de estudo de várias disciplinas, refletindo-se isto num incremento da literatura e do interesse científico, particularmente para a investigação desenvolvimental, de saúde e para as políticas de saúde” (Schulenberg, et al, 1997, cit. por Azevedo, 2010: 14)

Almeida (2010) no seu estudo faz referência ao adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes chegando à conclusão que são os enfermeiros, os profissionais que mais tempo passam junto do adolescente hospitalizado, e por isso os que melhor identificam os seus receios, as suas inseguranças e as dificuldades, pelo que devem mostrar-se recetivos e sensíveis às necessidades implícitas e explícitas dos adolescentes.

Descobriram-se outros estudos de investigação sobre a problemática do adolescente hospitalizado. Almeida, Rodrigues e Simões (2005) realizaram um estudo intitulado “Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado”. O objetivo da investigação foi compreender o significado da hospitalização na adolescência. A pesquisa apontou para a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas ao adolescente hospitalizado.

Em 2000, Guzman e Cano (2000) realizaram um estudo sobre “O adolescente e a hospitalização”, em que os adolescentes mostraram a preocupação com a imagem corporal,

desagrado com a alimentação, ociosidade, falta de atividades recreativas, descontentamento com as pessoas mais velhas e falta de acolhimento pela equipa de saúde.

Maas e Zagonel em 2005, estudaram o processo de “Transição de Saúde-Doença do ser adolescente hospitalizado”. É uma reflexão teórica a respeito do processo de transição a que passa o adolescente ao vivenciar a simultaneidade da adolescência e da hospitalização.

Num outro estudo com o tema “Convivendo com a hospitalização do filho adolescente: uma abordagem fenomenológica”, a análise dos depoimentos obtidos do estudo possibilitaram a construção de quatro categorias temáticas que sinalizam a essência desse conviver: o impacto da doença na família, os sentimentos vividos pela família e a adaptação no mundo hospitalar; a religiosidade e a presença dos amigos ao defrontarem-se com a hospitalização; as transformações do filho (Almeida et al, 2005).

1 - O ADOLESCENTE E A ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência deriva etimologicamente do verbo latino “*adolescere*”, que significa a idade que cresce e é um período de transição entre a infância e a idade adulta (Hockenberry, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cit. por Fonseca (2005) o adolescente é todo o indivíduo com idade igual ou superior a 10 anos e inferior a 19 anos, sendo os limites deste período muito discutíveis, variando significativamente de indivíduo para indivíduo e de cultura para cultura. Ainda, segundo Fonseca (2005: 21), este período é dividido em três fases: “fase inicial dos 10 aos 13 anos; fase intermédia dos 14 aos 16 e fase mais tardia depois dos 16”.

É a etapa da vida do ser humano em que ocorrem as maiores transformações. Ao conjunto de modificações físicas e biológicas dá-se o nome puberdade, que é responsável pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, da força muscular e pela aceleração do crescimento linear, entre outros. Importantes mudanças cognitivas e de personalidade são concomitantes aos sinais de crescimento físico (Sprinthall e Collins, 2003).

De acordo com Fonseca (2005) os jovens têm características próprias e bem definidas. Ocorrem alterações de ordem biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. “O contexto em que se desenvolvem é que é diferente de adolescente para adolescente. Contextos culturais e socioeconômicos particulares, contextos familiares diversos, contextos de saúde ou de doença, irão naturalmente exercer uma influência determinante no desenvolvimento do adolescente” (Fonseca, 2005: 17).

O processo de autonomia do adolescente é, segundo Sampaio (2003: 102), “a questão central desta época da vida. A autonomia diz respeito não só à progressiva separação dos pais, mas também está relacionada com a capacidade de decidir e com a segurança em si próprio, nos comportamentos e nos valores do adolescente”.

O reconhecimento e a descoberta da adolescência sofreu uma evolução durante o século XX, com o nascimento da cultura jovem. A convivência próxima em grupos de pares, na escola e nas atividades recreativas, proporcionou aos jovens a oportunidade de se unirem, identificarem e de se manifestarem para toda a sociedade através de um código particular.

Por outro lado, diferentes áreas do saber foram desenvolvendo um interesse crescente sobre a adolescência, nomeadamente a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia (Sprinthall e Collins, 2003).

De acordo com Sprinthall e Collins (2003: 7) apenas no séc. XX “ os adultos começaram a levar em conta as necessidades e capacidades fisiológicas e psicológicas características dos adolescentes, e esta percepção deu-lhes oportunidade de reconhecer um estágio de desenvolvimento humano”.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano repleta de conflitos e contradições. Lidar com adolescentes nem sempre se demonstra uma tarefa fácil na medida em que o seu comportamento apresenta constantes transições. Considerado um tempo de mudança, de transposição da infância para a idade adulta, definir adolescência é por si só um desafio. Compreender a sua essência é fundamental a todos os que pretendam contactar, conviver e cuidar do Adolescente.

Segundo Wong (1999: 415)

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta um período de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional, quando o menino se prepara para ser homem e a menina se prepara para ser mulher. Os limites exactos da adolescência são difíceis de delimitar, mas este período é comumente visto como iniciando-se com o aparecimento gradativo dos caracteres sexuais secundários, em torno de 11 ou 12 anos, e terminando com a cessação do crescimento corporal dos 18 aos 20 anos.

Embora seja um período particularmente difícil de definir, a sua universalidade é amplamente reconhecida.

Os limites cronológicos que caracterizam esta fase da vida humana não estão escrupulosamente definidos, depende de indivíduo para indivíduo, diz-nos Sampaio (2003: 99) que a adolescência “(...) é uma época da vida que se inicia pelos acontecimentos biológicos que caracterizam a puberdade e termina com a formação de valores e da identidade que caracterizam a idade adulta ”.

Segundo Sprinthall e Collins (2003) a adolescência é uma invenção social e são características que os indivíduos apresentam durante um determinado período das suas vidas. Diz respeito às diversas transformações físicas, acentuadas transformações corporais e importantes mudanças cognitivas e de personalidade concomitantes com os sinais de crescimento físico.

Emocionalmente o adolescente é um “Ser Particular”. Fleming(1983) cit. por Sampaio (2002:67) considera a adolescência como “(...) uma fase longa do ciclo de vida, de contornos indefinidos, em que o conflito se joga cada vez mais no palco familiar, com a afectividade pesada das crenças e mitos de lealdade, engendrando culpa, ansiedade e/ou ressentimentos mútuos”.

Importante será também compreender, ou pelo menos ouvir o que é sentir-se adolescente, isto é, a adolescência citada pelo próprio adolescente. Como exemplo, e na perspectiva de um adolescente, a adolescência seria “contada” desta forma: “Nós afinal de contas já somos uns homenzinhos e umas mulherzinhas e já tentamos fazer as coisas como os adultos. Só que fisicamente e também mentalmente, (...) ainda somos um bocado crianças. Só que já fazemos muitas coisas como os adultos (...)” (Sampaio, 2003: 72).

Pode concluir-se que não existe uma definição estanque de adolescência, não existe uma receita precisa para a sua definição e delimitação, existem sim uma série de sinais e atitudes que podem caracterizar o indivíduo que se encontra nesta etapa da sua vida.

O DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Um dos factos mais notáveis é efetivamente o crescimento estato-ponderal. A mudança corporal é visível, observando-se uma modificação esquelética, ganho de massa adiposa e maturidade do sistema nervoso.

Tendo em conta que, grande parte do conceito de si próprio é construído a pouco e pouco e feito à custa da imagem corporal, é muito importante que na adolescência se goste do corpo, na forma como ele é sentido individualmente, mas também como ele é visto no padrão relacional (Strecht, 2005).

O início da puberdade, característica deste período de desenvolvimento, tem também importantes implicações na forma como os adolescentes se sentem relativamente a si próprios, assim como na forma como tratam os outros. Para Papalia, Olds e Feldman (2001: 508) a puberdade é o “processo através do qual o indivíduo atinge a maturidade sexual ou fertilidade – a capacidade de reprodução”.

Segundo Sprinthall e Collins (2003: 45)

O surto e crescimento é um sinal da pubescência, que constitui um período de transformações físicas que conduzem à maturidade reprodutiva. A puberdade assinala o fim da pubescência; é nesta altura que é alcançada a capacidade de reprodução. Antes deste momento, contudo, a aparência e as capacidades físicas dos adolescentes já se começaram a diferenciar daquilo que o indivíduo foi na infância.

As transformações físicas da adolescência: (Sprinthall e Collins, 2003)

- A altura sofre uma modificação drástica, como consequência do surto do crescimento durante a adolescência;
- Quando o surto de crescimento se inicia, as extremidades são apanhadas por este processo, as ancas, o tórax e os ombros também sofrem estas alterações;

- As proporções variam de modo diferente entre homens e mulheres. Uma razão explicativa destas diferenças entre os sexos está relacionada com a distribuição diferencial da gordura do corpo;
- As modificações na aparência física durante a pubescência e puberdade são acompanhadas por alterações na capacidade do corpo para fazer esforço físico. Uma importante razão para o aumento da força diz respeito ao crescimento dos músculos;
- As transformações que os tornam capazes de procriar constituem as alterações mais intensas da pubescência e da puberdade. As características sexuais secundárias são os aspetos da aparência ou função do corpo que se revestem de importância para a distinção entre homens e mulheres, mas que não são essenciais para as funções básicas da reprodução. Por exemplo: pêlos axilares/púbicos, pêlos da face no homem e seios na mulher;
- O que assinala a completa maturidade reprodutiva feminina é a menarca e acontece em média por volta dos treze anos e meio. Antes desta ocorrência dá-se como anteriormente descrito as características sexuais secundárias. Estas características têm influência na forma como as adolescentes se vêem a si próprios e como são vistas pelos outros na sociedade. Os órgãos sexuais internos (os dois ovários, as trompas de Falópio, o útero e a vagina) evoluem rapidamente durante a adolescência;
- Nos homens, os primeiros indícios das transformações da pubescência consistem no crescimento inicial dos testículos e do pênis. Os testículos produzem o esperma e as hormonas masculinas que tornam possível o desenvolvimento de outras características sexuais secundárias. Crescem também durante a puberdade outras glândulas associadas à maturação sexual. A ejaculação é um indicador de maturação sexual. Tal como o início da menstruação nas raparigas, a primeira ejaculação, que ocorre frequentemente sob a forma de emissões noturnas, ou “sonhos molhados”, causa, por vezes, algum choque e medo. O crescimento da barba e a alteração da voz são considerados como sinais de maturidade;
- As alterações da pele ocorrem na pubescência em ambos os sexos. O mais importante nestas mudanças é o crescimento das glândulas sebáceas, associados aos folículos pilosos. Estas glândulas excretam óleo que quando misturados com a

sujidade do ar, originam por vezes borbulhas e pontos negros. Esta é a causa do acne, tão frequente na adolescência.

O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

À medida que vai crescendo, o adolescente entra no maior nível de desenvolvimento cognitivo, sendo este atingido quando está desenvolvida a capacidade para o pensamento abstrato (Papalia et al, 2001).

Este desenvolvimento, que ocorre numa idade ainda mal definida, dá ao adolescente uma nova possibilidade para manipular a informação. “Não limitados ao pensamento do aqui e agora, os adolescentes podem pensar em termos do que pode ser verdade e não apenas em termos do que é verdade. Podem imaginar possibilidades, testar hipóteses e construir teorias”, referem Papalia et al (2001: 544).

É durante esta fase da adolescência que, na perspectiva piagetiana, se atinge o estágio das operações formais. Isto significa que vai passar a pensar abstratamente, fazer raciocínios hipotético-dedutivos e definir conceitos e valores (Fonseca, 2005).

O pensamento do adolescente torna-se assim mais reflexivo e teórico, o que permite a utilização adequada de conceitos. Adquire também flexibilidade de pensamento, com grande riqueza de conteúdos e deduz conclusões relativas a um problema. (Boisvert, 2006). Ainda citando o mesmo autor, o adolescente já não necessita de observar um problema na realidade mas sim, pode refletir a partir de ideias ou imagens mentais.

Ainda neste contexto, esta fase também se caracteriza pelo egocentrismo cognitivo que se reflete na crença que o adolescente tem em considerar que as suas ideias são as melhores e as mais corretas (“eu penso melhor que os outros”) (Fonseca, 2005).

A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

A construção da identidade é um fenómeno complexo que molda a personalidade durante toda a vida. Para Boisvert (2006:144) “ identificação é um processo psicológico pelo qual um individuo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e depois se transforma, em parte, com base no modelo do outro”.

É essencialmente na adolescência que ocorre a construção da identidade (Papalia et al, 2001). Para estas autoras, essa construção é parte de um processo vital e saudável que

favorece o crescimento e que permitirá ao adolescente enfrentar as crises da vida adulta da melhor forma.

Deste modo, e para se tornar num adulto único, a crise da identidade *versus* confusão de papéis é a principal tarefa da adolescência (Papalia et al, 2001).

Papalia et al (2001) referem também que a identidade fica formada quando os jovens resolvem três questões essenciais: a escolha de uma profissão, a adoção de valores próprios pelos quais vivem e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória. Uma vez alcançadas tais metas, o adolescente adquire um lugar próprio, um mundo seu, como ser único com as suas próprias fantasias, reações, medos e angústias, adquirindo competências para encarar as perdas e conquistar ganhos com a entrada num novo estágio do desenvolvimento.

Surgem no entanto algumas contradições relativamente à identidade, pois Papalia et al (2001) afirmam que, existe um conflito patente no jovem em afirmar um *self* único, por um lado, e um desejo irresistível de ser exatamente como os amigos, por outro.

Durante este período de crise de identidade *versus* confusão de papéis, os adolescentes, através da influência da família e de grupos de amigos, começam a mudar os seus padrões comportamentais no sentido de se auto afirmarem, como forma de obterem a sua identificação social.

Outros adolescentes surgem fragilizados, com crise de identidade, não pela sua personalidade mas por instabilidade de quem os rodeia, como por exemplo o falecimento de alguém próximo, separação parental, pais psicologicamente ausentes, etc.

Erik Erikson, um dos autores mais importantes no estudo da adolescência, desenvolveu a teoria psicossocial, em que defende que a tarefa mais importante da adolescência é a construção da identidade. Anteriormente ao seu trabalho, as teorias sobre a adolescência eram desatualizadas e artificiais. Segundo Sprinthall e Collins (2003: 192):

Os pontos de vista de G. Stanley Hall reportavam-se à viragem do século, não sendo, por isso, adequados para os dias de hoje. Da mesma forma, a teoria oficial sobre a adolescência, derivada da psicanálise, é inadequada. Segundo esta perspectiva, a adolescência constitui, em grande parte, uma recapitulação dos períodos anteriores de desenvolvimento. O processo de crescimento do adolescente consiste, essencialmente, em atravessar pela segunda vez, os estádios infantis definidos por Freud – oral, anal e fálico.

Erikson veio alterar as ideias acerca da natureza da adolescência, reconhecendo-a como um estágio próprio. Este autor considera oito idades no desenvolvimento do ciclo de vida, desde o nascimento até à morte, debruçando-se sobre a dimensão psicossocial do desenvolvimento e considerando fundamentais as relações do indivíduo no meio em que se insere. Esses oito estádios estão estratificados consoante a idade, sendo que o nosso estudo

incida sobre aquilo que Erikson estipulou como a 5ª Idade – Identidade versus Difusão/Confusão (12 – 18/20 anos).

Erikson pensava que cada passo importante do desenvolvimento psicológico poderia ser caracterizado por dimensões bipolares específicas. A forma como o indivíduo resolvia, com êxito, estas crises bipolares em cada estágio, determinava o processo de crescimento saudável ou o contrário (Sprinthall e Collins, 2003).

A adolescência tem uma posição de destaque na teoria de Erikson, sendo considerada por ele como uma crise normativa, uma fase normal com mais conflitos.

Erikson considerou a resolução da identidade pessoal, como a principal tarefa deste estágio. A base da personalidade adulta é o conceito que se possui do *eu*, ou seja, um alicerce firme e forte de que resulta uma sólida identidade pessoal, contrariamente, se isso não acontece, chama-se identidade difusa, que é, de acordo com Sprinthall e Collins (2003: 200) “algo semelhante a uma amnésia constante ou a uma peregrinação perpétua sobre a superfície da terra, em busca do eu. Sem qualquer sentido de passado ou do futuro, as personalidades difusas são habitantes estranhos na sua própria terra, sem raízes nem histórias”.

A VISÃO DE SI PRÓPRIO

Para que o adolescente se encontre em si mesmo será necessário possuir e integrar uma visão de si próprio, estando esta diretamente relacionada com as suas escolhas, decisões e comportamentos.

Na adolescência o corpo assume uma dimensão fundamental. O adolescente tem o seu corpo em transformação e espanta-se com as novas formas que o corpo assume. Existem partes do corpo, tais como os membros, que crescem a um ritmo mais rápido do que outras, como por exemplo o tronco. Em consequência, o adolescente sente-se “desajeitado”. Os primeiros anos da adolescência não são fáceis para a maioria dos jovens. Estas transformações rápidas a nível do corpo nem sempre são acompanhadas de um crescimento psicológico ao mesmo ritmo. E, sobretudo, os adolescentes não se desenvolvem todos da mesma forma, nem ao nível do corpo, nem ao nível da mente. (Fonseca, 2005).

Segundo Laufer (2000: 20),

(...) a visão que o adolescente tem de si próprio como uma pessoa fisicamente madura inclui a atitude do adolescente para com o Eu como pessoa do sexo masculino ou feminino, bem como a capacidade para começar a mudar a imagem de um Eu infantil, que estava sobretudo ao cuidado dos pais, para o de alguém que está a começar a sentir que é dono do seu próprio corpo.

Acrescem a estas preocupações, as relacionadas com o desenvolvimento sexual, com a solidão, com a timidez e com outros aspetos, tornando assim a sua vida extremamente tensa, interferindo no seu desenvolvimento de diferentes modos e influenciando o seu futuro. Weiner (1995) refere que, a formação da identidade, é o processo pelo qual os adolescentes mais velhos e os jovens adultos alcançam uma compreensão bastante clara e estável acerca do tipo de pessoas que são, daquilo em que acreditam e do que querem fazer de suas vidas. O processo de formação da identidade implica episódios de crise de identidade. Os desafios da formação duma identidade levam os jovens a comportarem-se, de maneiras inconscientes e desajustadas de modo que os distúrbios e a aparente psicopatologia se tornam características normativas do desenvolvimento do adolescente.

O corpo é assim essencial para a formação e para a construção da identidade pessoal. É vivido de uma forma ambivalente na adolescência tantas vezes amado e tantas vezes odiado. Deve conversar-se com o adolescente e ajudá-lo a entender o que se está a passar com o seu corpo, quais as mudanças que se preveem a curto e médio prazo e principalmente, ajudá-lo a integrar essas mudanças e a viver com elas de uma maneira saudável. (Fonseca, 2005).

A visão que o adolescente tem de si próprio como pessoa fisicamente madura, na qual ocorre a formação da identidade sexual e do carácter, marca o fim da adolescência. (Sampaio, 2002).

A IMPORTÂNCIA DA PRIVACIDADE

A hospitalização nesta fase da vida é uma situação que exige especial atenção, para evitar que constitua uma experiência negativa, com repercussões futuras. Assim o atendimento deve ser individualizado e de carácter holístico, tendo em conta as necessidades específicas dos jovens, nomeadamente no que concerne à privacidade, que é considerada por eles um símbolo de independência. Aragonês e Amérigo (1998) entendem privacidade como a regulação da interação, relativa à informação oferecida ou ao contacto com outras pessoas. Pode referir-se tanto a um único indivíduo como a um grupo de indivíduos. Há fatores pessoais, sociais, físicos, ambientais e culturais que influenciam as preferências e expectativas de privacidade dos sujeitos.

As questões relacionadas com a necessidade de privacidade tornam-se especialmente relevantes e atuais em serviços de saúde que acolhem adolescentes. De acordo com Cordeiro

(2009) os jovens têm direito à sua privacidade e intimidade. Até há algumas décadas atrás, esta etapa do ciclo vital era tratada até com certa indiferença.

Desde a Grécia antiga, o adolescente era reconhecido como “aquele que se elevou” para se tornar cidadão e cumprir os costumes dos adultos. Hoje, mais do que nunca, é reconhecida a importância do período da adolescência na construção do sujeito definitivo, sendo as suas vivências e valores determinantes do comportamento do ser humano em adulto (Saita, 2002).

Cada vez mais os pediatras têm um papel fundamental no incentivo da educação, tornando-se agentes de mudança para um futuro melhor (Saita, 2002).

A hebiatria, considerada a medicina de adolescentes, tornou-se definitivamente a área de atuação da pediatria (Saita, 2002).

A busca de identidade própria e segura do adolescente, é baseada em rígidos princípios éticos, que envolvem respeito, autonomia, confiança, privacidade e confidencialidade (Saita, 2002).

São várias as definições de privacidade que têm surgido ao longo dos tempos. De acordo com Aragonés e Américo (1998), a relativa falta de consenso deve-se sobretudo à multiplicidade de áreas do saber à luz das quais se encara o conceito de privacidade.

Segundo Aragonés e Américo (1998), a privacidade é definida como o controlo seletivo do acesso ao *self* ou ao seu grupo, assim como, até que ponto, se pode dar informações sobre eles a outros. Para este autor, a privacidade é um processo dialético e tridimensional. Estabelece o carácter dialético enfatizando a relação entre a pessoa, as suas expectativas e necessidades e o contexto sócioambiental em que se encontra num dado momento. O traço tridimensional corresponde aos seguintes aspetos:

- é um sistema de controlo e regulação de limites que funciona de forma bidirecional, em que o sujeito/grupo tanto procura afastamento como aproximação dos outros;
- é um modo de otimização que visa um ajuste satisfatório entre a privacidade obtida e a desejada;
- é um processo multi-instrumental que se vale de mecanismos verbais (conteúdo do discurso, entoação, ritmo, etc.), mecanismos não verbais (expressões faciais, contacto visual, etc.), mecanismos ambientais (roupa, distâncias interpessoais, territorialidade, etc.) e mecanismos socioculturais (normas sociais).

Este conceito de privacidade contempla dois pontos essenciais, o controlo seletivo da interação social e o controlo seletivo da informação relativa ao próprio sujeito que é oferecida aos outros. Abrange uma outra faceta da privacidade, referente ao número de sujeitos envolvidos no processo, ou seja, uma pessoa pode procurar a privacidade sozinha ou ser um grupo a procurá-la.

Em conclusão, Aragonés e Américo (1998), definem privacidade como a capacidade da pessoa ou grupo de pessoas de regular ou controlar seletivamente a quantidade e intensidade de contactos ou interações sociais num contexto sócioambiental determinado, assim como o fluxo de informação que se produz em tais interações, todo ele em função das necessidades concretas da pessoa ou grupo de se relacionar com o mundo social num momento ou situação determinada.

Funções da privacidade

Aragonés e Américo (1998), definem privacidade como tendo duas funções principais, a função de regulação dos processos de interação e organização social e a participação no estabelecimento da identidade pessoal ou grupal.

A função de regulação dos processos de interação e organização social inclui os aspetos de regulação da própria interação, a gestão da informação e a manutenção da ordem e estrutura do grupo.

A regulação da interação relaciona-se com a aptidão para escolher ficar só ou acompanhado por outros, num sentido de autodeterminação.

Segundo Gifford (1996), a gestão da informação alia-se à proteção da comunicação, sendo que muitas trocas de informação não ocorreriam se os intervenientes não se encontrassem em ambiente privado. Aragonés e Américo (1998) defendem mesmo que a privacidade permite estabelecer vínculos de confiança.

Os mesmos autores referem que a manutenção da ordem e estrutura do grupo é assegurada pelo fornecimento de recursos que permitem aos sujeitos permanecerem inseridos em grupos que são indispensáveis ao seu desenvolvimento. Para Westin (1967) cit. em Gifford (1996), a confiança que se gera devido à privacidade no grupo permite, de igual modo, uma libertação emocional dos indivíduos (por exemplo, cantar em voz alta).

A função de estabelecimento da identidade pessoal ou grupal manifesta-se através de três vetores principais nomeadamente, a identidade pessoal, a autoavaliação e a autonomia pessoal.

Segundo Aragonés e Amérigo (1998), a privacidade fomenta a criação da identidade pessoal, permitindo que o sujeito se defina e se posicione no mundo onde está inserido, num processo que é essencial ao desenvolvimento humano.

A autoavaliação exerce uma influência decisiva na formação da identidade pessoal. A privacidade proporciona momentos de afastamento, favorecendo atitudes de autocontemplação e de reflexão que permitem avaliar e ensaiar novas condutas sociais. Estes momentos fortalecem a autoconfiança e a criatividade.

A privacidade permite, por fim, garantir a autonomia e o controlo dos sujeitos relativamente ao que os rodeia.

Formas de privacidade

Para Gifford (1998), as formas elementares de privacidade são o isolamento, a solidão, a reserva, o anonimato e a intimidade.

Em essência, o isolamento manifesta-se como o afastamento físico dos outros. Assemelha-se um pouco à noção de solidão, que se refere ao estar só, ou seja, estar numa situação em que os outros não têm acesso àquilo que se diz ou faz.

A reserva diz respeito ao controlo de informações de carácter pessoal, numa situação de interação social.

Por sua vez, o conceito de anonimato reporta-se ao envolvimento do sujeito numa situação social sem, no entanto, permitir que seja identificado.

A intimidade é uma forma de privacidade que tem como referência o grupo, cujos membros maximizam as suas relações pessoais e o fluxo da informação que deriva destas relações. Gifford (1998) distingue ainda, do ponto de vista da intimidade, a privacidade com a família e com os amigos.

Para o mesmo autor, podem considerar-se ainda duas formas de privacidade relacionadas com o conceito de liberdade. São elas a liberdade cognitiva individual (pensar e prestar atenção ao que se deseja) e a liberdade cognitiva social (que dá ênfase à libertação das expectativas dos outros).

Fatores que influenciam a privacidade

De acordo com Gifford (1996) os comportamentos, valores e expectativas de privacidade são influenciados por fatores pessoais, sociais, culturais e físicos.

Os fatores pessoais são a história residencial: o sexo, a idade, e a personalidade. Por exemplo, os indivíduos que crescem em contextos citadinos tendem a preferir maior anonimato e intimidade. As mulheres parecem ter capacidade de gerir a privacidade no seio de grupos próximos, mediante a discussão de assuntos mais íntimos e interpessoais. Por sua vez, os homens atingem a privacidade afastando-se dos locais ou falando menos sobre assuntos delicados. Têm sido efetuados estudos que sugerem que indivíduos que têm uma necessidade de privacidade acima da média manifestam menor autoconfiança e são mais ansiosos.

A enfermagem, empenhada na sua prática de relação com os utentes, não pode estar afastada destas questões. Os enfermeiros são os grandes responsáveis pela criação de vínculos entre os adolescentes e os serviços.

No que respeita à influência da idade sobre a perspetiva individual de privacidade, Gifford (1996) refere que na faixa etária dos treze aos dezassete, são os temas de controlo da informação os mais relevantes para o conceito de privacidade. Este autor afirma ainda que as necessidades de privacidade aumentam durante a infância e a adolescência.

De um modo geral, o desejo de privacidade varia com a situação social, o mesmo autor declara que as necessidades de privacidade dos indivíduos oscilam natural e continuamente entre a situação de eremita e a de máxima exposição social.

Gifford (1996) salienta que a privacidade é encarada de forma diferente em contextos culturais diversos.

O ambiente físico tem, de igual modo, forte influência sobre as preferências, expectativas e satisfação da privacidade. A iluminação, as barreiras físicas, o ruído e o espaço disponível são alguns dos agentes condicionadores da privacidade (Gifford,1996).

A expectativa é também uma componente importante do processo de privacidade. Num estudo de Firestone, Lichman e Evans, cit. em Cassidy (1997), realizado com doentes internados em enfermarias abertas e em quartos privados, concluiu-se que os doentes das enfermarias abertas referiam desejar mais privacidade. Cassidy (1997) explica esta situação através do conceito de fatalismo, que define como uma resposta à falta de controlo. Assim, uma vez que a expectativa de privacidade dos doentes internados numa enfermaria aberta é

baixa à partida, o desejo de privacidade é igualmente baixo, pois estes sentem que não controlam a situação.

De acordo com Cordeiro, (2009) a falta de confidencialidade é a principal barreira com os profissionais de saúde. É importante que os profissionais de saúde se mostrem acessíveis e que se dirijam aos adolescentes na presença dos pais e que assegurem que não haverá quebra de privacidade e confidencialidade.

A privacidade é um direito que o adolescente possui de ser atendido sozinho; já a confidencialidade implica uma relação de confiança que pode envolver, inclusive, o sigilo médico (Saita, 2002).

Há vários aspetos na prestação de cuidados ao adolescente cuja abordagem é favorecida pela privacidade e confidencialidade.

“A privacidade deve ser um dos pontos fulcrais de uma consulta com adolescentes, bem como o estabelecimento de regras de comunicação fundamentais que não precisam nem devem passar obrigatoriamente pelos pais” (Cordeiro, 2009: 584).

INTERESSES E ATIVIDADES

Nos adolescentes as principais atividades são passadas ao ar livre, a praticar desporto, sendo uma das atividades que proporcionam uma maior aceitação das mudanças físicas operacionalizadas, ou em reuniões com o grupo de pares.

Para Fonseca (2005) muitos adolescentes têm excesso de atividades, quase sem terem tempo para si próprios, no reverso da medalha, há os adolescentes que uma vez terminada a escola, vão para casa e ficam a ver televisão.

Em contrapartida Cordeiro, (2009) refere que a atividade física na adolescência é necessária mas sem se cair no exagero da mesma, a atividade intelectual é igualmente importante. “Outras como a música, a pintura, a escultura, desenho, a leitura e a escrita, o cinema ou o teatro, são também formas de projectar a energia do stresse em força criativa, para lá do entretenimento e do prazer que dão” (Cordeiro, 2009: 521).

Os adolescentes preferem atividades sociais, mas também reuniões com o grupo de pares. As adolescentes têm uma característica própria, o sonhar de olhos abertos, são mais idealistas.

Segundo Cordeiro (2009) um dos grandes problemas atuais dos adolescentes portugueses é a falta de exercício físico e como resultado desta inatividade que caracteriza o estilo de vida dos jovens, contribui a curto e médio prazo para uma maior morbidade e

mortalidade, internamentos e idas às urgências. Relativamente à leitura e à escrita, apesar de serem ferramentas essenciais ao desenvolvimento intelectual dos adolescentes, estes estão diretamente relacionados e associados aos estudos, no entanto são atividades muitas vezes deixadas para segundo plano pelos adolescentes, que preferem fazer coisas que não os obriguem ao mesmo tipo de raciocínio que os deveres escolares.

É do senso comum que os jovens de ambos os sexos gostam de ouvir música, de ver televisão, de roupa e o telefone tem uma importância vital no seu relacionamento. Assim sendo, segundo Cordeiro (2009) para a maioria dos adolescentes a música, a escultura, a pintura, o teatro, o cinema e outras formas de expressão plástica e de criatividade, não preenchem nas suas vidas o espaço que deveriam. Por outro lado, a televisão por ter um grande poder de atração e por ser uma atividade facilitadora, passou a ocupar um espaço de muita importância, tanto na vida das pessoas como dos adolescentes, roubando muita da apetência dos adolescentes pelas outras artes.

Relativamente à música, está provado que os jovens que tocam um instrumento musical e que estudam música têm mais facilidade para estruturar competências e atitudes, estimulam a coordenação, a capacidade de concentração e a forma de interagir com os outros. Os adolescentes na procura de experimentações sensoriais, gostam de ouvir e ver músicas com grande sonoridade, com ritmos provocatórios ou letras incisivas, que nem por isso é vivida com menos prazer ou gosto (Cordeiro, 2009). Ainda segundo o mesmo autor a ida ao cinema, em grupo, é um momento muito particular que deve ser estimulado, por ser um momento de convívio social e partilha.

Relativamente aos computadores, os mesmos são e fazem parte do nosso quotidiano. Efetivamente existem muitos adolescentes que passam largas horas em frente ao computador. De acordo com Cordeiro (2009) o abuso do computador pode levar a problemas oftalmológicos, sedentarismo, à diminuição ou ausência de outras atividades, diminuição do sucesso escolar e à violência veiculada em certos jogos.

Os jogos de computadores têm, segundo refere Boisvert (2006), sobretudo a preferência dos rapazes pois permitem uma descarga fácil da tensão puncional, particularmente apreciados na adolescência, idade em que o ser humano é invadido por emoções transbordantes e por vezes incontrolláveis. Os adolescentes arriscam-se, assim, a desenvolverem uma dependência de sensações fortes, fáceis e imediatas e a não descobrirem o prazer e a sensação de satisfação perante um esforço persistente e de se superarem a si próprios.

Os telemóveis, muito utilizados pelos adolescentes, para além de trazerem grandes benefícios para a sociedade, também trazem algumas inconveniências, nomeadamente e segundo Cordeiro (2009), a dependência, gastos superiores, distração constante, impossibilidade de gerir os momentos íntimos, incapacidade de desligar a sensação de ter de estar sempre acessível, sensação de “estar nú” quando não se tem telemóvel, stresse causado pelo facto de o telemóvel não funcionar ou estar desligado. O adolescente deve começar a usar telemóvel quando necessitar dele para comunicar, e não só por mero prazer.

Assim, cada geração de adolescentes tem características próprias, em termos de linguagem, roupa e interesses culturais, estabelecendo uma linha de separação nítida entre os adultos e os jovens.

2 – A FAMÍLIA: CONCEITO, FUNÇÃO E ESTRUTURA

Quando se fala de família é comum pensar-se no lugar onde naturalmente se nasce, cresce e morre. A família é um espaço importante de toda a aprendizagem, comunicação, relações interpessoais e relações afetivas profundas (filiação, amor, fraternidade). Wong (1999: 54) define família como “(...) um grupo de pessoas, vivendo juntas ou em contacto íntimo, que cuidam uns dos outros e proporcionam orientação para os seus membros dependentes”. É considerada uma instituição primordial e a mais antiga, com várias definições que são influenciadas pela estrutura da sociedade em que está inserida, tradições culturais, fatores socioeconómicos, políticos e geográficos.

Para desenvolver adequadamente as suas funções, a família obedece a uma estrutura natural. Vara (1996:7), refere que “(...) a família constitui-se como um grupo com crenças, valores, normas e papéis devidamente estruturados”.

De acordo com a cultura de cada sociedade é reconhecida à família determinadas funções, bem como a cada um dos seus elementos. Para Wong (1999: 56)

a estrutura da família, ou composição familiar, consiste em indivíduos, cada qual com status e posição socialmente reconhecidas, que interagem entre si numa base regular e recorrente nos meios socialmente sancionados. Quando os membros são acrescidos ou perdidos (por exemplo, casamento, divórcio, crescimento, morte, abandono, detenção), a composição da família é alterada e as funções devem ser redefinidas ou redistribuídas.

Ainda relativamente ao conceito de família, Marçal (2003: 17) refere que segundo a conceção adotada em 1985, pelo Departamento de Enfermagem da Família da Oregon Health Sciences University, esta é um “sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexiste num contexto de expectativas de: reciprocidade de afectos, responsabilidade mútua e duração temporal. A família é caracterizada pelo compromisso, mutualidade na tomada de decisão e partilha de objectivos”.

A estrutura familiar atual começou a apresentar novas configurações, destacando-se a família monoparental ou binuclear, continuando no entanto a ser mais comum a família nuclear.

A criação dos filhos ocupava, antigamente, todo o período da vida ativa do adulto. Atualmente ocupa apenas metade da sua vida, que antecede a terceira idade. A noção de família muda, pois não está organizada só em função desse papel. (Carter e McGoldrick, 1995)

Na família, cada pessoa desempenha, conscientemente ou inconscientemente, determinado papel ou função, na relação com os outros. Nesta perspectiva, à família são-lhe atribuídas determinadas funções:

- Assegurar a todos os seus membros a satisfação das necessidades materiais e afetivas básicas;
- Permitir a cada membro realizar o máximo das suas potencialidades a fim de que obtenha a adaptação a uma cultura;
- Promover a transmissão dessa mesma cultura. (Vara, 1996)

A família é uma estrutura dinâmica, altera-se, ajusta-se às mudanças internas e externas procurando a sua própria homeostase.

Porém, ao longo do seu ciclo vital de vida, a família é sujeita a muitas alterações provocadas por fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, desenvolvendo assim todo um conjunto de fatores geradores de crise de desenvolvimento e/ou situacionais, que exigem que a unidade familiar desenvolva estratégias que ajudem a reorganizar-se.

Para Bayle e Martinet (2008), a identidade cultural da família molda o comportamento de cada um nos momentos difíceis e fáceis que vão aparecer ao longo da história familiar, mas cada membro procura a felicidade perdida através da família, idealizando-a ao máximo e a mínima decepção é vivida com imensa infelicidade.

Nesta perspectiva, para que a família ultrapasse as crises com sucesso, é necessário que os seus membros adquiram novas técnicas e padrões de relacionamento, mantendo, no entanto, valores padrões de comportamento, capacidade de se adaptar, de aprender e de se desenvolver com sucesso. Assim, a família surge como um grupo significativo de pessoas que numa primeira fase apoia as crianças/adolescentes, que são uma parte relevante da unidade familiar, lugar onde habitualmente se sentem em segurança e funcionando como um contexto de referência de definição/identificação para a criança, quaisquer que sejam as fragilidades ou pontos fortes da família.

Os pais tendem a influenciar o comportamento dos filhos, através do seu próprio comportamento e pelo clima que criam no lar. O relacionamento entre pais e filhos e destes entre si, e da postura familiar assumida diante de vários padrões socioculturais, socioeconómicos, serão a chave para a coesão familiar, proporcionando ao adolescente um modelo que lhe mostra os valores sociais e morais bem definidos.

RELAÇÕES COM OS PAIS E COM OS PARES

Embora as relações adolescentes/pais nem sempre sejam tranquilas, defendem muitas vezes valores semelhantes. Mesmo passando a maior parte do tempo com o grupo de amigos, as relações com os pais continuam a desempenhar um papel importante não apenas na sua vida, como também no seu desenvolvimento (Papalia et al, 2001).

Para Strecht (2005) o que está em causa é a conquista de um novo espaço relacional, mais aberto, amplo, com um equilíbrio de forças diferente, e não tanto o desejo de fuga ou negação do papel dos pais.

De acordo com Boisvert (2006: 108) “ A emancipação da tutela parental faz-se pela substituição gradual da família enquanto primeiro agente de socialização pelo grupo de amigos da mesma idade”.

Deste modo, é importante nesta etapa da vida, que o adolescente se integre num grupo. A escola, o grupo de pares e a sociedade em si, tornam-se cada vez mais influentes, pois o adolescente tenta adquirir a sua independência num período que apresenta um desafio à mudança – da infância para a vida adulta (Strecht, 2005).

Neste estágio, surge também o interesse por ideologias, problemas éticos e valores, o que suscita no adolescente o desejo de reformular o mundo no sentido da perfeição. Inicia igualmente a consciencialização sobre o seu papel e estatuto na comunidade (Hockenberry, 2006).

2.1- A FAMÍLIA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

As necessidades dos pais são mais evidentes quando existe uma rutura do equilíbrio interno ou externo da família, o que acontece perante o internamento do adolescente.

A admissão do adolescente ao hospital gera grande ansiedade no jovem e na família devido ao seu caráter súbito e inesperado. No entanto, uma das principais fontes de segurança é representada pela presença dos pais (Faquinello e Collet, 2003). Os pais frequentemente procuram respostas, questionam-se sobre o motivo de internamento sendo habitual a manifestação de sentimentos de ansiedade, mágoa e desgosto, ideia partilhada por Faquinello, Higarashi e Marcon (2007), em que os pais necessitam de informação sobre as condições de saúde do seu filho, de modo a lidar com a situação de forma mais equilibrada, controlando as suas reações à medida que adquirem mais conhecimentos sobre o diagnóstico do seu filho.

A disponibilidade manifestada pelo enfermeiro no primeiro contacto contribui para a promoção de uma relação de confiança. O início de uma relação empática é determinante e conduz à valorização da situação, ausência de juízos de valor ou de expressões depreciativas.

Durante o período de internamento a postura e a prestação de cuidados personalizados é importante para o desenvolvimento de uma relação de proximidade e de confiança. Pelas características inerentes ao seu estado de desenvolvimento, os adolescentes necessitam de expressar os seus sentimentos falando geralmente de forma aberta quando lhes é dada oportunidade. Deve-se adotar uma atitude discreta com uma postura atenciosa, não interromper, evitar comentários ou expressões que transmitam desaprovação, bem como, usar de descrição evitando perguntas embaraçosas e dar conselhos. É fundamental envolver os pais em todo o processo e estimular a sua presença para facilitar a comunicação entre adolescente/pais/enfermeiro, sendo esta condição essencial desde o início do internamento.

Silva (2009) diz que a prática de enfermagem na família deve ter a capacidade para levar em consideração a sua necessidade num todo como família, e não só em termos de necessidade do indivíduo.

A preocupação do enfermeiro é dirigida ao bem-estar do adolescente e dos pais. As perguntas a que não querem responder de início podem ser reformuladas posteriormente não se forçando o diálogo, podendo até ser o próprio a tomar a iniciativa de falar mais tarde dos seus problemas quando se conseguir estabelecer uma relação de confiança. Na mesma linha de pensamento Wong (1999) relata que é importante a função dos profissionais na avaliação de relações conturbadas e das interações familiares.

Ainda, segundo esta autora, sempre que possível o enfermeiro, com quem estabeleceu este tipo de relação, deve ficar responsável pela prestação de cuidados ao adolescente e família nos seus turnos. É necessário que a comunicação com a família se estabeleça, que se respeite os seus períodos de isolamento em que necessita de estar “consigo própria “ e que se encoraje a que fale daquilo que sente e do que a preocupa. Outro ponto importante na conduta do enfermeiro consiste no estar disponível e saber esperar quando se depara com a renitência da família em falar, aprender a ouvir o que têm para dizer fazendo sentir que as suas preocupações são legítimas e informando que existem técnicos especializados que podem ajudar nos seus problemas. É importante que o enfermeiro esteja preparado para compreender e aceitar as reações dos pais, tendo em conta que alguns têm dificuldades em expressar os seus sentimentos.

O momento em que os pais são confrontados com a situação é normalmente um momento de grande sofrimento. Ao serem informados, os pais devem estar juntos, evitando que tenham interpretações diferentes (Vara, 1996). Esta abordagem permite ao enfermeiro observar a interação entre os pais ao serem confrontados com o problema do adolescente. Cada família e cada membro reagem de maneira diferente, devendo ser considerados os antecedentes culturais, os valores e as crenças, os recursos económicos, fisiológicos, psicológicos e os padrões de comunicação.

Cada família tem necessidades diferentes relativamente ao internamento do adolescente, pelo que deverá ser acompanhada de forma individualizada. Perante uma situação de internamento do adolescente, a família apresenta necessidades relativamente às quais o enfermeiro necessita estar atento e dar uma resposta adequada. As necessidades dos pais podem ser de ordem *cognitiva, emocional, comportamental e relacional* (Jorge, 2004: 67-70).

Segundo esta autora, as *necessidades cognitivas* referem-se aos conhecimentos e informações sobre o diagnóstico e a forma como lidar com a situação, procedimentos e técnicas terapêuticas e cuidados a prestar no domicílio. A informação dada aos pais deve ser feita através de uma linguagem adequada ao seu nível sociocultural. Devem ser estimulados a questionar a equipa de saúde sempre que sintam tal necessidade. A informação permite à família algum controle sobre uma situação em que se sente com menos “poder”, para além de lhes permitir uma interação mais proactiva com a equipa de saúde nas decisões a tomar.

Por outro lado, segundo Jorge (2004), as *necessidades emocionais* referem-se a sentimentos de culpa vivenciados pelos pais, em que acreditam serem os responsáveis pela doença do seu filho. Um dos pais pode culpar o outro, criando-se conflitos conjugais e distanciamento. Por vezes, expressam que preferiam sofrer pelo filho. Outras vezes, têm sentimentos de impotência para fazer o que quer que seja. Podem ainda ser observados sentimentos de insegurança, depressão, ansiedade e atitudes de superproteção em relação aos filhos. Também podem ser incapazes de expressar a sua dor emocional, o que poderá levar à somatização dos sentimentos.

A autora acima citada entende que as *necessidades comportamentais* referem-se aos aspetos que alteram tudo o que rodeia a esfera familiar e que passam pela falta de apoio aos outros filhos, aos cuidados da casa, ao cônjuge e às repercussões financeiras e profissionais. Frequentemente, a reorganização necessária em função das necessidades do filho coloca em

segundo plano os projetos já delineados e o seu papel familiar, fazendo com que o tempo e as energias dedicadas a eles próprios e aos outros filhos sejam sacrificadas.

Jorge (2004) conclui que as *necessidades nas relações conjugais* traduzem-se na falta de consenso sobre a maneira de tratar o adolescente e como resolver as necessidades da família, o que poderá criar e exacerbar conflitos nas relações conjugais. Os pais começam a passar menos tempo juntos e a ter papéis mais segregados, criando-se distanciamento e aumentando as dificuldades para a resolução de problemas.

Assim, o enfermeiro, pela sua proximidade, assume um papel fundamental, que poderá ir desde a mediação de conflitos à criação de condições que levem os pais à expressão dos seus sentimentos e respetivo apoio e encaminhamento.

Para Curry (1995), as necessidades das famílias perante o internamento de um familiar passam pela necessidade de: reduzir a ansiedade; de informação; de estar próximo do doente, necessidades pessoais; de apoio e a necessidade de ser útil.

Já para Fernandes (1988) cit. por Jorge (2004: 70),

as necessidades dos pais, aquando da hospitalização, são, entre outras, ver que os filhos estão a receber cuidados físicos competentes, compreender a situação clínica e tratamento dos seus filhos, sentir que são importantes para os seus filhos, capazes como pais e ter a oportunidade para discutir os seus sentimentos sobre a hospitalização dos filhos.

Uma das premissas da teoria sistémica familiar é que a família, recebendo informação, é capaz de mudar e crescer ao longo da evolução da situação. Assim, cabe ao enfermeiro valorizar este aspeto, permitindo que a família encontre ou descubra recursos pessoais facilitadores da manutenção da sua dignidade, durante os momentos difíceis. (Jorge, 2004).

Um fator fundamental ao trabalhar com a família é a manutenção da esperança. Assim Diogo (2000: 15) define esperança como “(...) uma manifestação do instinto de vida que existe e persiste enquanto existe vida (...)”. Esta desempenha um papel importante na vida de qualquer família, pois permite a aceitação da nova realidade e um sentido de continuidade da vida.

FAMÍLIA PARCEIRA NO CUIDAR

Todos cuidamos de nós próprios e dos outros. Essa capacidade de cuidar, e os próprios cuidados prestados, variam consoante a fase da vida e as capacidades humanas desenvolvidas. Para Collière (1999), existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela

possa permanecer. Cuidar, assume primordial importância, porque o seu objetivo principal é permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte.

Nos últimos anos o conceito de enfermagem foi alterado, não é só uma profissão técnico-científica mas também relacional e o seu objetivo primordial é o cuidar. O conceito de cuidar evoluiu também de acordo com as diferentes perspectivas de enfermagem.

Segundo Collière (1999), cuidar é um ato que todo o indivíduo presta a si próprio após aquisição de autonomia a fim de satisfazer as suas necessidades básicas. É também um ato a prestar a todos aqueles cujas capacidades de se cuidarem estão diminuídas ou são inexistentes. A autora (1999: 235) considera ainda que, desde que surge a vida que existem cuidados, porque "cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro de tudo, um acto de Vida", é mantendo as atividades diárias que permite a continuidade da vida e sua reprodução.

O cuidar está inerente à enfermagem e consiste na essência da profissão. Implica uma relação interpessoal e abrange sentimentos e comportamentos de aceitação da individualidade do outro, de um grande respeito pela vida humana, pela sua autonomia e liberdade de escolha que remete diretamente para os cuidados de enfermagem (Collière, 1999).

Deste modo, o cuidar só pode ser demonstrado e praticado através de uma relação terapêutica. Ainda que o processo do cuidar tenha como finalidade principal o crescimento e o desenvolvimento daquele que é cuidado, ele não acontece sem trazer benefícios, ainda que indiretos, para aquele que cuida. O cuidar permite ao enfermeiro sentir-se bem e crescer interiormente. Neste contexto Collière (1999: 306), afirma "Se cuidar é, primeiro de tudo, ajudar a viver estimulando todas as capacidades de ser de uma pessoa, de um grupo, os cuidados de enfermagem têm que ser vivificantes, tanto para os utilizadores como para os que os prestam, sem o que não seriam viáveis".

Segundo Hesbeen (2000: 40), " O conceito de cuidar é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa". Os enfermeiros, pela própria natureza da sua profissão, dispõem de oportunidades suplementares para a arte do cuidar, dado que têm uma grande proximidade com os doentes, o que lhes confere uma certa liberdade de atuação, e têm um leque de meios e tempos de ação mais amplos, ou seja, quando são atingidos os limites de intervenção de outros profissionais. Neste contexto, Hesbeen (2000: 47) afirma que "(...) os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas".

O mesmo autor refere que nos cuidados de enfermagem incluem-se, além dos gestos técnicos, uma imensidão de “pequenas coisas”, que representam para o doente e seus familiares “grandes feitos” que dão sentido à sua vida e que preenchem o seu dia-a-dia. É sem dúvida, a atenção a estas “pequenas coisas” que revela preocupação com o outro, que proporciona bem-estar e que, deste modo, constituem a essência dos cuidados de enfermagem.

Se antes o nosso papel acabava quando “já não havia mais nada a fazer”, atualmente espera-se muito mais do que isso. É pedido ao enfermeiro uma mudança de atitude porque há muito a fazer, depois de já não haver mais nada a fazer, “quando acabou a esperança da cura, continuamos perante um ser humano que é único e que vive estes últimos momentos de forma única e que tem o direito a ser tratado de forma digna e individualizada, por uma equipa em que ele é o elemento fulcral e sua família parte integrante” (Henriques, Monteiro e Lúcia, 1995: 12).

Em Pediatria o enfermeiro não cuida a criança/adolescente, antes cuida destes e dos seus pais. Isto porque, numa situação de doença, as relações familiares ficam sujeitas a um risco acrescido. Neste âmbito, tem surgido uma nova filosofia, dirigida para os cuidados centrados na família, adotando os pais como os primeiros prestadores de cuidados à criança/adolescente (Henriques et al, 1995).

Esta nova conceção de cuidar em Pediatria, ou seja, de cuidados centrados na família, evoluiu no sentido de abandonar a prática centrada na doença para a centrar nas necessidades da criança/adolescente entendido nos termos do núcleo familiar. O adolescente é assim a razão de ser do cuidar. “Os cuidados centrados na família são uma abordagem baseada nos benefícios mútuos de uma parceria entre doentes, família, outros significativos e profissionais de saúde” (Marçal, 2003: 29).

Os objetivos dos cuidados de enfermagem centrados na família são o de proporcionar condições para que as famílias cumpram as suas funções como unidade. Assim, de acordo com Figueiredo e Pinto (1995) cit. por Jorge (2004: 66) os cuidados centrados na família são a filosofia da enfermagem e “as crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança”.

Segundo Santos (2004: 42) “A família não é um recurso para o enfermeiro. Está no processo de cuidados porque é família, porque tem uma função a desempenhar, porque é em si, o alvo dos cuidados”.

Os pais são quem melhor conhecem o seu filho, logo, a constante interação da tríade constituída pelo adolescente, pelos seus pais e pela equipa de saúde será vantajosa para todos

implicando uma relação de parceria entre estes. Eles necessitam sentir-se como elementos integrantes da equipa de saúde e a sua participação na prestação de cuidados ao seu filho facilitará a manutenção dos laços familiares, pelo que deve ser incentivada e estimulada. Nesta perspetiva concorda-se com o autor ao afirmar que a família, na medida em que luta por atingir o frágil equilíbrio entre a saúde e a doença, é um indispensável recurso para a vida.

3 - SAÚDE, DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO DO ADOLESCENTE

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2012, os indivíduos cujas idades estão compreendidas entre os 15 e os 24 anos variavam entre 10 a 14%, da população portuguesa, variando de acordo com a região o que reforça a importância de investir na saúde e nos direitos desta população, o que irá trazer grandes benefícios a gerações futuras (Fundo da População das Nações Unidas -UNFPA, 2003). Também a OMS (2003) cit. em Ministério da Saúde (2005) reforça esta ideia referindo que, promover a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes, significa a realização do seu total potencial, orientando a sua saúde e necessidades desenvolvimentais e salvaguardando os seus direitos. Deste modo, a saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade.

Alguns autores, são de opinião que a adolescência tendo sido durante muito tempo encarada como terra de ninguém, hoje, é considerada a mais nova fronteira da Pediatria. De acordo com Matos, Simões, Tomé, Camacho, Ferreira, Ramiro, Reis, Diniz, Gaspar, Veloso, Loureiro, Borges e Equipa Aventura Social (2010), em regra, os adolescentes são encarados como indivíduos saudáveis, no entanto também refletem as mudanças contemporâneas, tais como: a diminuição do consumo de tabaco e de álcool; o aumento de excesso de peso. Ainda para os mesmos autores (2010: 193) “A Saúde dos jovens adolescentes reflete uma situação favorável, associável a políticas sectoriais e intersectoriais eficazes mas que, de algum modo, reflete também uma grande dificuldade de sustentação dessas medidas assim que começam a ter resultados positivos...”. Muitos deles ultrapassaram as doenças de infância e os problemas ligados à idade adulta e ao envelhecimento ainda estão longínquos.

Na antiguidade, o hospital tinha o papel de afastar do convívio social as pessoas doentes, sem recursos, sem proporcionar a expectativa de tratamento ou cura (Almeida, Rodrigues e Simões, 2005). Ainda segundo a mesma autora, o tempo foi fazendo mudanças na filosofia da atenção hospitalar até aos nossos dias em que a evolução histórica, socioeconómica, tecnológica e científica transformou o trabalho hospitalar. Os doentes hospitalizados têm receio da terapêutica, relação com os profissionais, do ambiente hospitalar, da dor, da dependência, da morte e do trabalho que irão dar aos outros.

No entanto, a perspectiva da hospitalização envolve a separação do mundo conhecido e seguro e desperta sentimentos de ansiedade e de medo. Segundo Ferreira (1996), o internamento hospitalar pode ser um momento crítico na vida de qualquer pessoa. Na

adolescência, é um grande choque, diferente do que é experimentado por crianças ou adultos. O hospital é visto pelo adolescente como um local desconhecido, frio e inóspito, e o internamento, não sendo uma opção sua, provoca uma descontinuidade no seu quotidiano, expondo-o a um meio adverso, do ponto de vista físico e psicológico.

Relativamente ao adolescente, “compreende-se que representa uma ameaça devido à realidade da doença, o qual reage de acordo com o seu grau de maturidade” (Petrone, 1991, cit. por Almeida et al, 2005: 148).

Apesar do adolescente possuir capacidade de pensamento concreto e abstrato, amplo poder de comunicação, desenvolvimento físico suficiente para suportar a dor e o stress e experiência de vida que lhe serve de modelo presente e futuro, é nesta fase que há uma maior vulnerabilidade ao internamento. Silveira e Carvalho (2003: 33) dizem no seu estudo que “a internação é um momento crítico na vida do doente e das pessoas próximas a ele em razão da intensidade, medo e insegurança gerada pelo evento”.

Os jovens vivenciam receios de perda de identidade e de controlo, alteração da imagem corporal e separação do seu grupo de pares. Durante o internamento além de terem que enfrentar o isolamento de tudo o que lhe é familiar, o seguimento de normas e rotinas, os adolescentes ainda enfrentam os profissionais, que tendem a tratá-los ora como adultos, ora como crianças (Guzman e Cano, 2000).

A adolescência é uma fase de “desequilíbrios”, de inconstâncias, do querer e já não querer, que muitas vezes é sentido com medo, pois o adolescente sente e toma consciência da sua dificuldade para controlar diversas situações. Por isso é marcado frequentemente por períodos de tristeza, negação, fantasias e da necessidade da presença materna ou pessoa significativa - o acompanhante (Armond, 1996, cit. por Almeida et al, 2005).

Existem poucos estudos dedicados à investigação do stresse no adolescente, sendo que, a probabilidade de desenvolvê-lo é maior nesta fase, do que em qualquer outra faixa etária, pois são eles que constituem a população mais suscetível e influenciável às estimulações externas e psicossociais (Calais, Andrade e Lipp, 2003).

Durante o internamento no hospital, a abordagem quase exclusivamente física da doença, quer nas intervenções relacionadas com o tratamento quer na preparação do pessoal técnico, a estrutura administrativa estratificada, a sobrecarga e fragmentação do trabalho, tendem a criar uma atmosfera pouco favorável à análise do choque emocional que todo o processo de internamento provoca no jovem doente.

Ferreira (1996) salienta que apesar do reconhecimento das diferenças e necessidades específicas dos adolescentes em internamento, estes continuam a ser internados em serviços pediátricos ou de adultos. Este autor refere que nem as unidades pediátricas nem as de adultos são adequadas aos adolescentes, pois a necessidade destes diferem muito das dos outros grupos, devendo os jovens ser internados em unidades concebidas para responder aos seus requisitos específicos.

Almeida et al (2005) referem que, apesar das advertências dos adolescentes para serem considerados um grupo importante, que necessita de cuidados em unidades especializadas, estes ainda não existem, pois a maioria das instituições hospitalares não possui infraestruturas físicas para o adolescente, sendo que estes são internados em serviços de pediatria ou de adulto, com alguma dificuldade de adaptação.

Estudos de Ferreira (1996) revelam que os adolescentes internados nos serviços de pediatria referem falta de pares da mesma idade, mobiliário inadequado, horários desajustados, demasiado ruído e falta de privacidade. Relativamente aos serviços de adultos, os adolescentes mencionam como fatores de desajuste a idade avançada dos outros utentes, a escassez de limpeza /manutenção, o isolamento, o aborrecimento e a perturbação causada pela doença/situação dos outros doentes.

O internamento hospitalar dos adolescentes é habitualmente feito em serviços de adulto. Para Cordeiro (2009) internar um jovem com menos de 19 anos num serviço não construído à sua medida, é acrescentar problemas ao problema de saúde já existente, devido às características muito próprias dos adolescentes. E ainda segundo o mesmo autor, quando se pergunta aos adolescentes onde gostariam de estar internados, fica-se com a sensação que eles desejariam um espaço só para eles, sendo também esses os sentimentos dos profissionais vocacionados nesta área.

Em Portugal são escassas as Unidades vocacionadas exclusivamente ao internamento dos adolescentes. Refere Cordeiro (2009) que existem projetos organizados e estruturados há mais de 15 anos pela Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança para dar alguns passos no sentido da criação destas unidades, sem no entanto haver avanços nesse sentido.

Todos os trabalhos de pesquisa visam compreender o fenómeno da hospitalização do adolescente, em unidades de adulto ou de pediatria, assim como em situações de doença agudas ou crónicas.

3.1 - O CUIDAR DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

Atualmente, o binómio saúde / doença não é centrado, unicamente, nos aspetos biológicos, mas sim relacionados com as características de cada sociedade, onde a conceção de saúde, de doença e doente são considerados num contexto social (Freitas e Mendes, 1999).

Atualmente não existe consenso nos conceitos de saúde e doença. Segundo Bolander (1998: 33)

É difícil obter uma definição universalmente aceite para os termos saúde e doença dado serem conceitos difíceis de objectivar, isto é, são estados subjectivos difíceis de medir. As pessoas definem estes termos de acordo com sistemas de valores pessoais que são influenciados pela cultura, pelo estatuto socioeconómico, pela idade, pelos conhecimentos e por situações anteriores de saúde e doença.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2005:96), a doença "é um fenómeno com características específicas em que uma parte do corpo ou da mente não funciona de forma adequada".

Para Freitas e Mendes (1999) o conceito de doença é enfatizado como sendo um fenómeno sociocultural, sob a influência de fatores biológicos, ambientais e sociais, sendo evidenciados através de mudanças transitórias ou permanentes na complexa estrutura dos indivíduos em comunidade.

Embora a doença aguda seja de carácter transitório, é uma situação que provoca desequilíbrio no adolescente e na sua família porque impõe modificações rápidas para as quais adolescente e pais não estão preparados, nomeadamente, a tomada de decisões importantes inerentes à situação súbita.

O modo como a doença surge influencia a resposta do adolescente e da família a esta situação inesperada. Deste modo, " (...) na doença súbita, as mudanças comportamentais e efectivas são vividas num momento muito concentrado, requerendo da família uma rápida mobilização das suas competências (...) ", Jorge (2004: 21).

Contudo, com base em dados da OMS (s/d), estima-se que cerca de um milhão de jovens entre os 10 e os 19 anos morra prematuramente, na grande maioria dos casos, em consequência de acidentes, de suicídio e de outras formas de violência, de complicações da gravidez e de outro tipo de patologias evitáveis ou tratáveis.

Conforme a Carta da Criança Hospitalizada (1988), "...os adolescentes representam um dos grupos etários que menos utiliza os cuidados de Medicina Geral e Familiar, em Portugal como noutros países...". Para Cordeiro (2009) os adolescentes são um grupo etário globalmente saudável. Contudo, Ferreira (1996) é de opinião que a boa saúde durante este

período não é um dado adquirido, prevendo-se que muitos adolescentes precisem de recorrer aos serviços de saúde para resolverem problemas agudos e crónicos.

É na fase da adolescência que se dá maior importância à imagem corporal, porque “os adolescentes podem expressar preocupação a respeito do procedimento real, porém ficam mais ansiosos quanto à cicatriz resultante”, Wong (1999: 573). As consequências físicas de uma lesão ou doença são mais importantes para o adolescente do que o conhecimento da gravidade do prognóstico.

Neste sentido, pode afirmar-se que face à doença aguda, o adolescente, independentemente da evolução do seu estado de saúde e do seu prognóstico, centra toda a sua preocupação nas questões relacionadas com possíveis sequelas, o que se traduz num fator de ansiedade e angústia.

Mediante uma situação de doença aguda, existe a eventualidade de uma hospitalização, o que condicionará ao afastamento do seu grupo. Este facto, pode representar uma ameaça emocional, uma vez que esta separação pode ameaçar o seu status no grupo, a sua capacidade de controlo / liderança e aceitação social (Hockenberry, 2006).

A enfermagem, empenhada na sua prática de relação com os utentes, não pode estar afastada destas questões. Os enfermeiros são os grandes responsáveis pela criação de vínculos entre os adolescentes e os serviços, e têm um papel primordial na aderência aos tratamentos e procedimentos, na educação para a saúde e na prevenção de comportamentos de risco. É importante que o profissional que cuida de adolescentes possa estar junto deles, esforçando-se por interpretar, compreender e aproximar-se do seu mundo, da sua vida, com atenção, afeto, zelo, cortesia e respeito, numa relação horizontal solícita e humana (Hockenberry, 2006).

O enfermeiro deve assim promover todas as intervenções necessárias para que adolescente e família adotem mecanismos de “coping” para enfrentar a situação de doença e a eventualidade de uma hospitalização.

O adolescente doente necessita de mais atenção, pois interpõe-se diretamente no seu desenvolvimento bio-psico-socio-emocional. Possui necessidades individuais de acordo com a sua etapa de desenvolvimento, tornando-se necessário criar condições que visem a sua máxima independência.

Neste sentido, e de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2009), estes profissionais são responsáveis por *dar*, quando prestam cuidados, atenção à pessoa como ser único, inserido numa família e numa comunidade e contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades enquanto pessoa.

Os adolescentes portadores de doença sentem-se muitas vezes diferentes dos elementos do grupo com quem se identificam, pois o facto de necessitarem de cuidados diferentes, como consultas médicas e terapêutica, limitam a frequência escolar, o relacionamento com o grupo, interferindo na sua autoestima.

É essencial que o enfermeiro fazendo parte integrante do sistema de saúde, seja capaz de minimizar os efeitos adversos, com o objetivo de intervir junto do adolescente e família, utilizando para o efeito a metodologia científica e tendo por base uma visão holística do cuidar em enfermagem. Cuidar que se traduz numa variedade infinita de atividades e que tem como objetivo a manutenção da vida. Segundo Collière (2003: 117), é uma necessidade imperiosa do ser humano, pois, “desde que surge a vida os cuidados existem: é necessário «cuidar» da vida para que ela possa permanecer”.

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de envolver a família afetada, assim como ajudar o adolescente doente a compreender e adquirir competências de autocontrolo para facilitar o envolvimento na resolução dos problemas.

Para cuidar do adolescente e família, o enfermeiro deve desenvolver competências em diversas áreas como a comunicação, relação de ajuda, apoio emocional e social.

Como intervenção autónoma, a relação de ajuda deverá ser um aspeto a valorizar cada vez mais no cuidar em enfermagem (André e Cunha, 2001).

Estas intervenções permitem desmistificar e ultrapassar de forma positiva os medos, dúvidas e perceções distorcidas, no sentido de clarificar, elucidar e reduzir a ansiedade e consequentemente aumentando a confiança e segurança, dando continuidade ao desenvolvimento e maturidade do adolescente.

Na perspetiva de Hockenberry (2006) a intervenção do enfermeiro deve ter em conta que o adolescente se encontra em pleno desenvolvimento da aprendizagem baseada no raciocínio abstrato, da sua identidade pessoal e sexual, da aquisição de independência em relação à família e das relações heterossexuais. Assim o enfermeiro deverá:

- Privilegiar a privacidade e confidencialidade;
- Compreender que o adolescente sente algumas dificuldades inerentes à faixa etária traduzidas em rebeldia e não cooperação;
- Incentivar as relações/socialização com os pares;
- Estimular o cuidado com a imagem/corpo;
- Ouvir as preocupações do adolescente;
- Desmistificar a doença e o futuro;

- Incentivar a adoção de estratégias de adaptação;

O processo de maturação e autonomia do adolescente em relação aos pais, reflete dificuldade na comunicação com adultos em descodificar as mensagens e vice-versa.

Hockenberry (2006) refere que os adolescentes valorizam aqueles que demonstram interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que eles pensam ou dizem. O adolescente tem necessidade de verbalizar o que sente e as suas preocupações.

A expressão e verbalização de sentimentos face à doença (tristeza, fúria ou medo) devem ser aceites pelo enfermeiro, o qual deve incentivar a sua expressão e proporcionar tempo e espaço para os mesmos. É através da comunicação assertiva que se estabelece uma relação terapêutica bem sucedida.

Para Riley (2004: 9) “O enfermeiro assertivo parece confiante e confortável”. Para tal, deve ser possuidor de qualidades como: congruência na mensagem verbal ou não verbal, comunicar de forma positiva, ser firme, claro e conciso, transmitir autoconfiança, ser sincero, olhar nos olhos, ter iniciativa na resolução dos problemas. Deste modo, o enfermeiro tem de desenvolver competências comunicacionais optando por comunicar de forma positiva, sem fazer juízos de valor, saber escutar, transmitir calma e simpatia. É imprescindível que o enfermeiro tenha consciência que o adolescente tem uma linguagem própria, pelo que alguns termos devem ser esclarecidos para que haja uma boa interpretação.

Transmitir segurança e confidencialidade, facilita a revelação das preocupações do adolescente em relação à doença.

Citando Riley (2004: 16) “A comunicação responsável manifesta-se através de comportamentos adequados na resolução de problemas numa dada situação”. Uma comunicação responsável e assertiva isoladamente não é facilitadora de mudança de comportamentos se não for associada ao cuidar.

A aproximação ao adolescente é importante para conhecer as suas fontes de ansiedade e os cuidados que lhe são prioritários. O enfermeiro pode estabelecer uma relação de ajuda, de modo a que o adolescente se envolva no seu próprio plano de cuidados segundo as suas necessidades (Wong, 1999).

Também é importante falar com os pais e com o adolescente sobre os seus sentimentos e expectativas face à doença. A existência de uma relação aberta entre a família, o adolescente e o enfermeiro, permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de mecanismos que facilitem à família lidar com a situação de desequilíbrio. É junto da família, que o enfermeiro

avalia a competência para o tratamento e posteriormente individualiza o ensino sobre as necessidades de tratamento e recuperação do adolescente doente.

Ainda na perspectiva de Wong (1999: 586), “o suporte envolve o desejo de permanecer e escutar as mensagens verbais e não-verbais dos pais (...) O suporte envolve uma aceitação dos valores culturais, socioeconómicos e étnicos.”

O suporte emocional que geralmente os pais precisam, consiste em ajuda para adquirirem capacidade de aceitarem os seus próprios sentimentos relativamente ao seu filho e a toda a situação daí decorrente.

Os adolescentes com comprometimento da autonomia e independência devido à sua doença, tornam-se autónomos e consequentemente responsáveis, quando interiorizam as suas necessidades.

Os pilares da preparação do adolescente para enfrentar o novo estilo de vida, devem consistir no envolvimento dos pais em todo o processo de modo ativo, para que compreendam e tenham conhecimento do estado de saúde e consequentemente das necessidades do filho.

Neste sentido, os enfermeiros devem ser detentores de “ (...) uma boa preparação em estratégias de comunicação empática e assertiva que lhe permitam compreender e responder adequadamente a pais que estão em situações de grande tensão, ansiedade, dúvida e medo” Barros (1999: 25). Esta autora defende igualmente que os profissionais de saúde devem perder o medo de comunicar de forma aberta e assertiva com os pais.

Mediante uma situação de inadaptação social, recorrente ou não de doença, o grupo considera que o enfermeiro ao identificar este problema, deverá fazer uso de todos os recursos disponíveis na comunidade, como escolas, instituições sociais de solidariedade social e outras organizações não governamentais. Deverá também preocupar-se em estabelecer uma parceria com a equipa multidisciplinar, assim como uma articulação com as entidades mencionadas, visando desenvolver estratégias no adolescente e família para responder às suas necessidades e contribuir para a sua plena adaptação à sociedade.

A Enfermagem é considerada um pilar que valoriza a filosofia do cuidar. Cuidar para a enfermagem é nutrir a vida, é mediar o processo de satisfação do ser humano em suas necessidades de viver (Patrício, 2000).

A atenção ao adolescente não deve ser compartimentalizada, devendo avançar da visão biologista, tecnicista, medicalizante e excludente para o paradigma da qualidade de vida (Petroni, 1991). Os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde necessitam de

compreender o adolescente para melhor cuidar e compreender a sua forma de estar na vida, superando a sua doença e a sua hospitalização.

Segundo Almeida et al (2005: 149), “o cuidado ao adolescente hospitalizado justifica que se deva ter além da competência profissional, a compreensão da importância de estar presente, dedicar-se e envolver-se no seu cuidado”.

A teoria de Paterson e Zderad, através da prática humanística é o modelo que melhor define o cuidar de enfermagem ao adolescente. Segundo Almeida et al (2005), a ideia central da prática humanística é a comunicação que pode manifestar-se através da linguagem ou do silêncio, valorizando a interação humana, muito significativa para o adolescente.

Procura-se apresentar o referencial teórico em que se sustenta o desvendar dos elementos teóricos no encontro de cuidado com o *Ser* criança doente hospitalizada. Esta referência está pautada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979), por entender-se que seus conceitos centrais e pressupostos adequam-se ao que acredita ser a base para o cuidado em enfermagem à criança doente hospitalizada, pois valorizam o ser humano na sua individualidade, subjetividade e singularidade.

De acordo com Karl (2002) a Teoria Humanística de Enfermagem surge em meados da década de 1970, durante o rápido desenvolvimento e aceitação de pressupostos básicos da psicologia humanística, quando alguns psicólogos e psiquiatras começam a discutir e explicar o potencial da consciência humana e seus fenômenos mentais.

Assim, Paterson e Zderad (1979), na sua obra, referem uma grande influência dos conceitos existenciais, humanísticos e fenomenológicos, em que os conceitos e pressupostos principais são: as experiências conscientes; interação do ser humano como se estivesse interligado com outros seres humanos e com o ambiente, responsabilidade de escolha, tendo livre arbítrio, espontaneidade, poder de relação dialógica, encontro genuíno e presença ativa. Observa-se nos seus pensamentos uma grande atualidade, através do qual são possíveis novas reflexões sobre o processo de cuidar/cuidado, sendo que a sua maior preocupação com o que é mais característico no homem, a humanidade. As autoras referem ainda que a enfermagem é um “diálogo vivido” entre quem cuida e quem é cuidado, tendo como objetivo a busca do “bem estar” e o “estar melhor”, a partir das experiências vividas.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Ao iniciar este capítulo, é abordada o tipo de metodologia que se considerou mais adequada para este tipo de estudo. As diversas plataformas de pesquisa, os critérios e opções tomadas, os meios utilizados, as etapas de investigação e a seleção de informação irão descrever os processos de análise de cada um dos instrumentos selecionados.

1- O MÉTODO

À realização de qualquer trabalho de investigação, está inerente a recolha de dados, tornando-se necessária a programação das ações a desenvolver para a sua execução.

A metodologia implementada no desenvolvimento deste estudo atendeu a diferentes fases: o planeamento onde consta o que se pretende estudar e a pergunta ou perguntas de partida da investigação, acompanhada de questões e subquestões. Segue-se a recolha de dados, com a análise e interpretação.

Para a realização do presente estudo utilizou-se uma metodologia qualitativa, recorrendo ao uso de entrevista, devido ao número reduzido de indivíduos que se tinha ao alcance para efetuar o estudo e porque este tipo de metodologia pareceu ser a mais adequada. Optou-se por recorrer a uma metodologia qualitativa por esta melhor permitir realizar um estudo de carácter exploratório, como este. Tendo em conta também que existem poucas investigações neste campo de estudo, o recurso a uma metodologia qualitativa pareceu, efetivamente ser a melhor opção, pois acredita-se que esta metodologia dá “lugar de relevo ao contexto da descoberta antes e durante a recolha dos dados: as questões, as hipóteses, as variáveis ou as categorias de observação normalmente não estão totalmente formuladas ou predeterminadas no início de uma pesquisa” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994: 102).

De base, todas as investigações qualitativas, ouvem, perguntam, registam e examinam (Schwandt, 1997), mas “cada estratégia qualitativa oferece uma perspectiva particular e única que ilumina certos aspectos da realidade mais facilmente do que outros e produz um tipo de resultados mais ajustados para algumas aplicações do que outros” (Morse, 1994: 223). A estratégia qualitativa a que se recorreu foi determinada pelo propósito do estudo e pela natureza das questões de investigação, bem como pelos recursos disponíveis. A primeira opção que se tomou, a de que dados empíricos recolher, operou uma primeira redução do campo de estudo, elegendo os aspetos e dados nos quais focaríamos a nossa atenção.

Nas ciências sociais só há interpretação. Nada fala por si. Confrontado com uma montanha de impressões, documentos, e notas de campo, o investigador qualitativo enfrenta a tarefa difícil e desafiante de fazer sentido daquilo que aprendeu. Chamo a este fazer sentido daquilo que aprendeu a arte da interpretação (Denzin, 1994: 500).

É precisamente esta abordagem interpretativa que caracteriza a investigação qualitativa. As interpretações são a construção da leitura que o investigador faz dos dados que

recolheu, são tentativas para produzir sentido e atribuir significados a esses dados (Denzin,1994; Schwandt, 1994). Assim sendo, não há uma só verdade interpretativa, as interpretações são sempre construídas através de um processo transformador (Denzin, 1994; Denzin e Lincoln, 2000). Segundo Kincheloe e McLaren (1994:145), os dados empíricos obtidos em qualquer estudo não podem ser tratados como simples factos irrefutáveis, pois “o que chamamos de informação envolve sempre um acto de julgamento humano. Numa perspectiva crítica este acto de julgamento é um acto interpretativo”.

A interpretação implica compreender a relação entre o particular e o todo e entre o tema e o objeto de análise. Iniciou-se assim esta investigação com o intuito de compreender o campo de estudo no seu todo, através de uma análise indutiva, o que quer dizer que as categorias, temas e padrões emergiram dos dados, não tendo sido construídos antes da recolha dos mesmos (Janesck, 1994).

Assim:

No seio da indução analítica está a tese de que há regularidades a serem descobertas nos mundos físicos e sociais. As teorias ou constructos que derivamos expressam estas regularidades de forma tão precisa quanto o possível. Para descobrir estes constructos, usamos um procedimento interactivo – uma sucessão de ciclos de perguntas e respostas – que se perpetua examinando um dado conjunto de casos e depois refinando ou modificando esses casos na base dos subsequentes (Huberman e Milles, 1994: 431).

Deste modo, partiu-se para o objeto sem pressupostos teóricos e sem formular previamente hipóteses, estando, ao longo do processo, atentos a todas as dimensões e conceitos que se pudessem revelar importantes para o campo de estudo. Uma vez que não se pretende testar hipóteses ou teorias, mas explorar, «ouvir» o que o material pode dizer, o objeto não foi reduzido a variáveis isoladas, mas estudado na sua complexidade, numa constante procura de relações relativamente à estrutura, ocorrência, conceitos e dimensões encontradas, procurando pontos de convergência e de conflito (Janesck, 1994). A pesquisa não é baseada em conceitos teóricos à partida, pois tal como refere Van der Maren cit. por Lessard-Hébert et al (1994: 104)

no caso de se tratar de um estudo qualitativo exploratório, partimos com várias perspectivas. Sabemos que estamos a lidar com um objecto complexo e sensível a uma série de factores e que é, portanto, necessário que tenhamos presente todos esses diferentes factores. Deveremos, por isso, estar abertos a conjuntos teóricos e não a uma única teoria.

Pretende-se, assim, neste estudo, dar mais importância aos dados e ao campo de estudo do que a hipóteses e assunções teóricas prévias, acreditando que estas deveriam ser formuladas ao lidar com o campo de estudo e os dados empíricos nele encontrados, a par de

uma preocupação crítica. Para tal, assumiu-se uma postura flexível que nos permitiu reformular os campos de análise à medida que se foi avaliando a evolução do projeto e que o objeto de estudo se foi clarificando. Manteve-se então uma ligação próxima entre a recolha e a interpretação dos dados, de forma a avaliar até que ponto a nossa metodologia e as teorias abordadas faziam justiça ao tema e aos dados recolhidos (Flick, 1998).

Para a análise dos dados recolhidos nas entrevistas e para uma melhor interpretação e visualização elaboraram-se duas grelhas de análise. Na primeira referem-se as categorias, as subcategorias e respetivas definições; na segunda grelha codificam-se as entrevistas realizadas em função das unidades de sentido. Finalmente e já de forma descritiva apresenta-se a interpretação dos dados recolhidos, tentando fazer sobressair pontos em comum ou divergentes da população entrevistada.

2 - OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta a pesquisa sobre a adolescência e após um complexo processo de conhecimento prévio da problemática em estudo, delinear-se-iam objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática suscita. De acordo com Fortin (2003), o objetivo da investigação é um enunciado declarativo que orienta a investigação, segundo o nível de conhecimentos existentes por parte dos investigadores a respeito do estudo a efetuar.

Como objetivo geral pretende-se com este estudo identificar as vivências dos adolescentes hospitalizados em serviços de adultos. Após delinear o objetivo geral surgem os objetivos específicos:

- Identificar os sentimentos vivenciados pelos adolescentes durante a hospitalização;
- Identificar as necessidades sentidas durante a hospitalização;
- Conhecer as expectativas dos adolescentes relativamente ao internamento.

Deste modo, para dar cumprimento ao estudo e após a formulação da questão de partida, “ *Como vivencia o adolescente a hospitalização num serviço de adulto?*” foram emergindo igualmente outras questões que permitiram estruturar e orientar o estudo. Segundo Fortin (2009: 295), “numa investigação qualitativa, habitualmente são formuladas uma questão central e subquestões”. As subquestões abordam os temas a explorar nas entrevistas (Fortin, 2009).

Definem-se as seguintes subquestões de investigação:

- Que sentimentos vivenciam os adolescentes durante a hospitalização?
- Qual a representação que o adolescente tem do espaço físico dos serviços, no internamento?
- Qual o sentimento do adolescente perante a equipa de enfermagem durante o internamento em serviços de adultos?
- Do que se sentem mais privados durante a hospitalização?
- Qual a perspetiva do adolescente face à hipótese de ser internado num serviço de Pediatria?

3 - PARTICIPANTES

3.1 - A POPULAÇÃO ENTREVISTADA

A descrição da população e da amostra permite fazer o prognóstico de generalização dos resultados. A população é definida por um conjunto de sujeitos que têm características em comum e sobre a qual é feita a investigação. A amostra é um conjunto de sujeitos que são retirados de uma população e que formam uma réplica em miniatura da população alvo.

Atendendo a que este tipo de estudo se dirigiu a um determinado grupo a fim de se compreender como esse grupo vive um determinado fenómeno, o universo do estudo foi composto por todos os adolescentes que estiveram internados em serviços de adultos na ULSCB. Esta será a *população*, pois de acordo com Fortin (2003: 41),” A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Segundo Fortin (2003: 202) a *amostra* é

(...) um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo (...) deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

Assim, a amostra do estudo é constituída por adolescentes hospitalizados em serviços de adultos, nomeadamente nos serviços de Cirurgia, Ortopedia, Especialidades médicas (Otorringologia) da ULSCB. Estes serviços admitem adultos e adolescentes dos 15 aos 18 anos. Foi feito um levantamento estatístico do número de adolescentes desta faixa etária internados nestes serviços, dando uma média de 10 adolescentes por mês.

Estes serviços de adultos são compostos por enfermarias de três e seis camas e quartos de isolamento. Apenas nos serviços de especialidades médicas os quartos de isolamento possuem uma cama extra para possibilitar a permanência das mães. As enfermarias não têm televisão encontrando-se esta numa sala de convívio. O acesso à internet é gratuito sendo necessário pedir o acesso da palavra-chave aos profissionais de saúde.

No momento da admissão é atribuída uma cama ao adolescente e são-lhe explicadas as normas, assim como também aos seus pais ou representantes legais.

De noite não é permitida a permanência dos pais exceto no serviço de especialidades médicas. Em relação ao horário das visitas é das 14.30 às 16 horas e das 19 às 20 horas. Sendo permitido apenas três visitas por doente/adolescente.

Pode-se referir, que o método de amostragem utilizado foi o *não probabilístico*, pois segundo Fortin (2003: 208) “(...) é um processo de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido formar a amostra”. Foi usada uma técnica de amostragem por *selecção acidental*, “(..) é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)”. Após verificação junto dos assistentes administrativos, da existência de adolescentes internados nos serviços anteriormente citados, é feita uma abordagem, do entrevistador ao adolescente, acerca do estudo em causa.

Utilizando um plano de amostragem, descreve-se a estratégia utilizada para seleccionar a amostra. Neste caso, sabendo que a população é constituída pelos adolescentes, e na inviabilidade de se poderem estudar todos os indivíduos, será necessário escolher uma estratégia de amostragem que melhor se adapte ao estudo pretendido. Assim, como características fundamentais para a selecção da amostra, destacam-se:

- A existência de consentimento informado do adolescente/pais/representante legal depois de devidamente elucidados sobre o teor da investigação;
- Idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos;
- Adolescentes com internamento superior a 24 horas em serviços de adultos;
- Não apresentarem alterações cognitivas suscetíveis de inviabilizar a colheita de dados.

A decisão de terminar a colheita de dados na 15^a entrevista deve-se ao facto de verificar que os conteúdos das mesmas se tornavam repetidos. Sandelowski, 1995, cit. por Fortin (2009: 299) denominam este acontecimento de “Saturação dos dados, uma situação na qual estes já não trazem novas informações”.

4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados pode ser entendida como um processo organizado com vista a obter informações que permitam o conhecimento e a compreensão da problemática em estudo. Os dados podem ser colhidos de diversas formas, cabendo ao investigador selecionar o tipo de técnica que melhor se adequa aos objetivos do estudo e às questões de investigação colocadas (Fortin, 2003).

Como técnica de recolha de dados recorreu-se a uma entrevista semiestruturada, uma vez que é o método mais adequado quando se pretende conhecer as experiências e as perceções dos indivíduos (Fortin, 2003).

A entrevista é uma forma particular de comunicação verbal, estabelecida entre o investigador e os participantes, cabendo a estes decidir que informações irão revelar ao investigador (Streubert e Carpenter, 2002).

Recorreu-se a entrevistas pessoais realizadas a adolescentes que estiveram internados em serviços de adultos e que mostraram disponibilidade para responder à mesma, pois o número dos mesmos não permitia um estudo quantitativo, recorrendo-se assim a uma metodologia de índole qualitativa ou investigação descritiva, tal como é habitualmente caracterizada na literatura (Bogdan e Biklen, 1994: 69-70).

A preparação das entrevistas envolveu o cumprimento de alguns requisitos metodológicos. Os jovens envolvidos foram contactados pessoalmente e num primeiro momento para lhes ser formulada a proposta da entrevista, referindo muito genericamente o conteúdo da mesma no contexto da investigação.

Posteriormente, voltaram a ser contactados para determinar qual a melhor altura (dia e hora) para concretizar a proposta de entrevista, tendo sido explicado com mais pormenor a sua finalidade, gravação áudio e transcrição integral da mesma. Na formulação da proposta de entrevista foi utilizada o termo “conversa” para lhe dar um sentido menos formal e torná-la mais natural e espontânea. A finalidade era a de obter um determinado tipo de informação, permitindo apreender a perspetiva da outra pessoa de modo a recolher elementos o mais próximos possível às opiniões manifestadas pelos sujeitos.

O que se pretende é conseguir o leque de respostas mais representativo possível que permita cumprir os objetivos do estudo e que proporcione respostas a questões-chave (Bell, 1997: 99).

4.1 – A ENTREVISTA

Na construção das entrevistas procurou-se seguir os princípios sugeridos pela literatura específica (Ludke e André, 1986), dando particular atenção às indicações sobre as atitudes do entrevistador.

- conduzir a conversa com o entrevistado para os temas de interesse do primeiro sem contudo perder o conteúdo do discurso do segundo;
- estar atento não só às respostas do entrevistado, ao guião preestabelecido, como aos gestos, expressões, entoações, hesitações, ou seja a toda uma comunicação não-verbal mas que é também muito importante. O que alguns autores chamam de “atenção flutuante” (idem: 36).

A entrevista, por via de regra, não tem um percurso uniforme. Depende, em parte, das características e formas de reação dos entrevistados, da sua forma de ser e de estar, da sua formação e ideias. Quando se inicia o diálogo, principalmente quando a entrevista é formalmente estruturada, Ludke e André (1986: 34-35) afirmam que “esta é mesmo o tipo de entrevista mais adequada para o trabalho de pesquisa que se faz atualmente”, é que a interação que se deve estabelecer entre o entrevistado e o entrevistador, faz com que este vá além do comportamento externo para descobrir o estado interno das pessoas, valorizando a comunicação e interação humanas. Os comentários à margem do tema, as expressões faciais e corporais, os tons de voz dão ao investigador uma informação impossível de obter com respostas escritas. São estes indícios visuais e auditivos que ajudam e valorizam no sentido de obter uma entrevista o mais completa e pessoal possível, proporcionando ao entrevistador informações mais enriquecedoras, pois percebem-se as motivações, os sentimentos e as atitudes do sujeito.

As entrevistas dependem do nível de estruturação dos dados que se pretendem obter. A conjugação destes pressupostos com a contingência da limitação do período de tempo em que decorreu o estudo, com o número de entrevistas a efetuar, exigiu a aplicação de um tipo de entrevista que fornecesse o máximo de informação sobre os diversos aspetos relevantes.

Assim, tendo em conta que o tipo de entrevistas varia em função da forma como são dirigidas, optou-se por entrevistas semiestruturadas com perguntas pré-programadas.

Nesta perspetiva recorreu-se a um guião, ou “roteiro” que “guie a entrevista através dos tópicos principais a serem cobertos” (Ludke e André, 1986: 34), explicitados sob a forma de “perguntas-guias” (Quivy e Champenhudt, 1998: 192).

Para a conceção do guião de entrevista tentou-se seguir a opinião de Afonso (2005: 99) “o guião deve ser construído a partir das questões de pesquisa e eixos de análise do projeto de investigação. A sua estrutura típica tem um carácter matricial, em que a substância da entrevista é organizada por objetivos, questões e itens ou tópicos.”

O guião foi elaborado de forma a evitar formulações longas e o cansaço dos respondentes, sendo organizado em duas partes distintas. A primeira parte constituída por dois tópicos onde é feita a caracterização sócio demográfica e o processo de hospitalização. A segunda parte é formada por quatro tópicos com 18 questões (**Apêndice A**).

A entrevista semiestruturada permitiu prosseguir o objetivo de colher informações comuns a todos os entrevistados e, ao mesmo tempo, aprofundar as vivências de cada indivíduo. Ou melhor, ficou-se com a garantia de obtenção de “dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan e Biklen, 1994: 135).

Uma entrevista não é apenas e só uma conversa informal. O seu propósito é entendido pelos participantes como parte fundamental de um todo – o estudo.

Em primeiro lugar temos que ter em conta o local da entrevista. “É importante escolher um local calmo, privado e agradável para a entrevista.” (Fortin, 2003: 248). Os locais das entrevistas foram selecionados pela entrevistadora ou pelos profissionais de saúde procurando-se um sítio calmo, com privacidade, sem barulhos e em enfermarias onde não houvesse interrupções por terceiros.

Antes da entrevista em si, esclareceu-se o entrevistado sobre os objetivos do estudo, a forma de gravação e a garantia dos aspetos éticos da investigação.

Durante a entrevista, teve de se adequar o nível de linguagem e reformular as questões até serem entendidas. Deve-se falar pausadamente, com um tom de voz agradável, uma expressão corporal que motive o entrevistado a continuar, não interromper bruscamente o entrevistado, garantir que não existem interferências do próprio investigador. No final da entrevista tecem-se os agradecimentos.

As entrevistas foram individuais e de tempo variável (quinze a vinte e cinco minutos), gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas na sua globalidade.

4.2 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em qualquer estudo de investigação as implicações éticas devem ser abordadas e respeitadas. Tendo em conta que na investigação em enfermagem, os objetos em estudo são

sobretudo seres humanos, não podemos negligenciar os seus direitos e liberdades fundamentais.

Fortin (2003: 116-120) descreve cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos determinados pelos códigos de ética, que se passa a enumerar:

- *Direito à autodeterminação*, em que “(...) o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação” e de se retirar a qualquer momento do estudo sem que este direito lhe cause nenhum prejuízo nem penalidade.
- *Direito à intimidade*, em que a “(...) pessoa tem a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”.
- *Direito ao anonimato e à confidencialidade*, que será respeitado se a “(...) identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação”. Os dados colhidos, durante e após o estudo, ficam sob a responsabilidade do investigador.
- *Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo*, em que foca regras de “(...) protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem (...)”, no entanto “(...) banir totalmente o risco de desconforto e de prejuízo, num contexto de cuidados de enfermagem e de saúde não é simples nem evidente”.
- *Direito a um tratamento justo e equitativo*, pois o sujeito tem o
(...)direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo(...). Este princípio apela a que a escolha dos sujeitos seja directamente ligada ao problema de investigação e não baseada na conveniência ou unicamente na disponibilidade dos sujeitos.

O tipo de estudo que se irá desenvolver adequa-se a um risco temporário pois é considerado mínimo o risco de sentir desconforto durante a investigação. Por outro lado, ao se adotar a entrevista como instrumento de colheita de dados procura-se minimizar esse desconforto.

Para Fortin (2003:118), “(...) é um risco mínimo de sentir desconforto durante a investigação. Um desconforto semelhante ao da vida quotidiana da pessoa. Além disso esse desconforto cessa quando termina a experimentação”.

De acordo com o referido anteriormente pretende-se cumprir os seguintes princípios:

- Respeitar e garantir os direitos de quem participa voluntariamente neste estudo, informando e explicando aos participantes o estudo e os seus objetivos, sendo estes livres de optar ou não pela sua participação, e aceitando a sua decisão;
- Manter o anonimato e a confidencialidade dos dados;
- Solicitar aos sujeitos do estudo autorização para realização deste, através do consentimento informado.

Antes de se empreender a investigação, solicitou-se de igual modo, autorização formal ao Conselho de Administração, ao Enfermeiro Diretor, à Comissão de Ética e aos respetivos Enfermeiros Chefes dos Serviços (**Apêndice B**).

Foi solicitada a leitura e a assinatura do consentimento livre e informado aos pais/representantes legais dos adolescentes para a participação voluntária da entrevista (**Apêndice C**).

CAPÍTULO III-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Recolhidos os dados, há que fazê-los «falar». O tratamento e a análise dos dados é um processo que “envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspetos importantes e do que deve ser aprendido” (Bogdan e Biklen, 1994: 205).

Para realizar esta tarefa de tratamento e a análise dos dados recolhidos, optou-se pela análise de conteúdo enquanto “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 1995: 31), pois através desta poderemos “obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1995: 42). O que define, então, a análise de conteúdo não é simplesmente o facto de se aplicar a discursos ou comunicações, mas “uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência” (idem: 9).

Procedeu-se a uma análise de conteúdo de tipo categorial considerando a totalidade do texto dos relatórios e “passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido” (Bardin, 1995: 36-37). Assim, categorizaram-se os dados permitindo, num primeiro momento “fornecer, por condensação, uma representação simplificada, dos dados brutos” (idem: 119).

Uma vez que não houve nenhuma hipótese que se pretendesse testar, optou-se por utilizar o procedimento de análise categorial “por milha”, ou seja, as categorias foram sendo construídas através do material recolhido e do seu conteúdo. Não se continha, então, qualquer categoria pré-definida, estas resultaram da classificação progressiva dos conteúdos que íamos encontrando nos dados, à medida que os íamos recolhendo. Podemos definir as categorias como “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (u.r., no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin: 118). Deste modo, na primeira fase de “leitura flutuante” dos dados, foram-se construindo categorias por propriedades comuns, tentando “introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente” (Bardin, 1995: 37). Para a codificação do material nas categorias procedemos ao seu recorte a nível linguístico e semântico optando pela frase como unidade de registo (u.r.). A u.r. “é a unidade de

significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin: 104). À medida que as categorias foram emergindo do material e foram ganhando consistência fomos especificando-as, gerando as subcategorias.

Este processo não foi sempre fácil nem linear, o que obrigou a reformular várias vezes a grelha que fomos construindo com estas categorias «experimentais». Deste modo, foi elaborada e testada várias versões da grelha, até à sua estrutura presente (**Quadro n.º1**), através do processo de categorização do material, isto é, de “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin: 118).

Tentou-se que estas categorias obedecessem às seguintes qualidades definidas por Bardin (1995): pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Assim, para que as categorias sejam consideradas pertinentes, tenta-se que estas se adaptem ao material de análise e aos objetivos e questões orientadoras da investigação. Para respeitar a objetividade e fidelidade das categorias, codificou-se da mesma forma todo o material, segundo a grelha categorial construída, tentando que a escolha e definição das categorias fossem bem estabelecidas, evitando ao máximo a interferência da subjetividade do investigador. Segundo aquele autor (Bardin, 1995: 120), “o organizador da análise deve definir claramente as variáveis que trata, assim como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria”, e foi este o procedimento que se tentou adotar. Pareceram ser estas as categorias mais produtivas, ou seja, aquelas que nos permitiam resultados “férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exactos” (idem: 121).

No que se refere às qualidades de exclusão mútua e de homogeneidade, também definidas por Bardin (1995), apesar de termos tido o cuidado de criar categorias homogêneas organizadas por um único princípio de classificação, para que “um elemento não pudesse ter dois ou vários aspectos susceptíveis de fazerem com que fosse classificado em duas ou mais categorias” (Bardin, 1995: 120), como se optou por utilizar como u.r. a frase, por vezes encontra-se, numa mesma frase, elementos que deveriam ser codificados em duas categorias distintas. Terminada a tarefa de construção da grelha categorial retomou-se ao corpus para reparti-lo pelas categorias, transformando o texto “por recorte, agregação e enumeração”, tentando “atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto que podem servir de índices” (Bardin,

1995: 103). Procede-se de seguida a uma análise estrutural dos dados, tentando identificar a existência de uma «estrutura tipo» nos relatórios.

Feita esta primeira análise do material, efetuou-se uma análise horizontal que “resulta do encadeamento, trecho a trecho, da totalidade do discurso organizado pelo sistema categorial. Os enunciados, desta forma destacados e reagrupados (...) reúnem, numa temática global, as mensagens e informações recolhidas” (Bardin, 1995: 125), permitindo uma visibilidade global dos dados, (**Apêndice D**).

1 - ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

Atendendo ao que atrás foi mencionado, este ponto destina-se a apresentar, interpretar e comentar as informações mais relevantes, recolhidas através de entrevistas semiestruturadas realizadas aos jovens entrevistados. Podem-se ainda encontrar respostas para as questões que têm vindo a orientar o desenvolvimento do estudo.

Para uma melhor interpretação e visualização elaboraram-se duas grelhas de análise. Na primeira referem-se os domínios, as categorias e respetivas definições; na segunda grelha codificam-se as entrevistas realizadas em função das unidades de sentido. Finalmente e já de forma descritiva apresenta-se a interpretação dos dados recolhidos nas entrevistas, tentando fazer sobressair pontos em comum ou divergentes na população entrevistada.

Quadro 1- Grelha de codificação dos domínios e categorias

Domínios	Definição	Categorias	Definição
Expetativas relativas à hospitalização	Refere-se à opinião que os adolescentes têm relativamente à sua hospitalização nomeadamente quanto à presença dos familiares, amigos, ao horário de visitas, à relação com os profissionais de saúde e aos seus medos e receios	Internamento	Agruparam-se afirmações onde os adolescentes se exprimem acerca do que vivência durante a hospitalização.
		Presença da família/Grupo de pares/Namorado(a)	Incluíram-se afirmações sobre como sentem ou não falta dos familiares, amigos e namorado(a).
		Frequência das visitas	Incluíram-se afirmações sobre a frequência com que os familiares e amigos visitam o adolescente.
		Horários das visitas	Incluíram-se registos sobre a opinião do adolescente acerca do horário de visitas.
		Relações profissionais/adolescente	Agruparam-se afirmações sobre a forma como o adolescente percebe o seu relacionamento com os profissionais de saúde.
		Receios/medos relativos ao internamento	Agruparam-se afirmações onde os adolescentes exprimem os seus receios e medos durante a hospitalização.
Privacidade	Diz respeito à conceção de privacidade manifestada pelos adolescentes	Espaço físico	Descrição de como é o espaço físico da enfermaria onde se encontram.
		Relações interpessoais adolescente/ pessoas mais velhas	Referiram-se afirmações acerca da relação entre o adolescente e as pessoas mais velhas que se encontram na mesma enfermaria.
		Isolamento	Referiram-se afirmações sobre se o adolescente preferia ou não estar sozinho num quarto.
		Presença de objetos pessoais	Referiram-se afirmações sobre os objetos pessoais que lhes permitem ter consigo e naqueles que gostariam de ter, para além dos que possuem com eles.
		Prestação dos cuidados de enfermagem	Incluíram-se afirmações sobre a forma como, durante os cuidados de enfermagem ou outras técnicas médicas, é respeitada a privacidade do adolescente.
Situação de doença	Refere-se à forma como os adolescentes enfrentam e lidam com a sua situação de doença	Expetativas relativamente à situação de doença	Descrição das afirmações referentes aos sentimentos relativamente à situação de doença e ao facto de ficar hospitalizado.
		Atitudes terapêuticas	Descrição das afirmações referentes à abordagem dos profissionais de saúde relativamente ao diagnóstico, aos sinais, sintomas e a sua evolução provável.
		Manifestações da patologia	Referiram-se afirmações sobre a situação mais complicada no contexto de doença.
Crítica ao serviço de adulto	Diz respeito à opinião dos adolescentes sobre os serviços de adulto	Aspetos positivos/negativos do serviço de adulto	Referiram-se afirmações sobre os aspetos positivos e negativos do serviço onde se encontra hospitalizado.
		Possibilidade de internamento na pediatria	Descrição das afirmações referentes às opiniões sobre a possibilidade de estarem internados num serviço de pediatria.

1.1 - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Os participantes deste estudo foram quinze adolescentes, de ambos os sexos, orientados no tempo e no espaço, sem atrasos de desenvolvimento e hospitalizados há mais de 24 horas em serviços de adultos (Especialidades médicas - Pneumologia e Otorrinolaringologia, Cirurgias, Medicinas e Ortopedia) da ULSCB.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre Fevereiro e Abril de 2012, com recurso a entrevista, gravada em áudio, que foi posteriormente transcrita na íntegra e codificada, comparados e agrupados por similaridade de sentido, formando as categorias correspondentes. **(Apêndice D)**.

As características gerais da amostra como os dados sociodemográficos e o processo de hospitalização serão a seguir descritos acompanhados dos respetivos quadros. Irá então ser feita uma síntese da sua caracterização.

A amostra é constituída por adolescentes com relevância para o género feminino (60%), 33% com idades de 15 e 16 anos.

Decidiu-se incluir o local de residência por se considerar importante saber se os amigos e família os poderiam visitar. Assim, vivem (53%) em aldeias do distrito de Castelo Branco e (46%) na cidade de Castelo Branco. Vivem com os pais e irmãos (46%) e a maioria (53%) frequentam o ensino secundário, entre o 10º e 12ºano.

Ocupam os tempos livres, 20% no computador, 20% fazem desporto, 18 % vêem televisão, 14% a conversar com os amigos, 10% a ler, 6% a namorar, 4% participar em atividades políticas/comissões de finalistas e 2% a ir ao cinema, escuteiros, explicações e música.

Quadro 2 - Caracterização dos Entrevistados

Dados Sócio-demográficos	F	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	9	60.0
Masculino	6	40.0
Total	15	100
<i>Idade</i>		
15	5	33.33
16	5	33.33
17	4	26.67
18	1	6.67
Total	15	100
<i>Local de residência</i>		
Cidade de Castelo Branco	7	46.67
Aldeias do distrito de Castelo Branco	8	53.33
Total	15	100
<i>Ano de Escolaridade</i>		
6º ano	1	6.67
8º/9º ano	6	40
10/12º ano	8	53.33
Total	15	100
<i>Com quem vivem</i>		
Pais e irmãos	7	46.66
Mãe	3	20
Pais	2	13.33
Mãe, padrasto e irmão	1	6.67
Pais e avós	1	6.67
Pais, irmãos e avós	1	6.67
Total	15	100
<i>Ocupação de tempos livres</i>		
Desporto	10	20
Computador	10	20
Ver Televisão	9	18
Conversar com os amigos	7	14
Ler	5	10
Namorar	3	6
Participar em atividades políticas/comissões	2	4
Cinema	1	2
Escuteiros	1	2
Explicações	1	2
Música	1	2
Total	50	100

Relativamente ao processo de hospitalização, os motivos de internamento são essencialmente 41% por pós- operatório; 17.65 % por dor abdominal; 5.88 % por pneumotórax, vômitos/cefaleias, infeção respiratória, queimaduras, mononucleose infecciosa e quisto hidático. 53.33% teve internamentos anteriores. Em média, 46.67% teve 3 a 5 dias de internamento, 33.33% 1 a 2 dias e 20% 15 dias.

Quadro 3 - Caracterização do processo de hospitalização

Processo de Hospitalização	F	%
<i>Motivo de internamento</i>		
Pós-operatório	7	41.18
Dor abdominal	3	17.65
Pneumotórax	2	5.88
Vômitos/Cefaleias	1	5.88
Infeção respiratória	1	5.88
Queimaduras	1	5.88
Mononucleose infecciosa	1	5.88
Quisto hidático	1	5.88
Total	17	100
<i>Internamentos anteriores</i>		
Sim	8	53.33
Não	7	46.66
Total	15	100
<i>Duração do internamento</i>		
1-2 dias	5	33.33
3-5 dias	7	46.67
15 dias	3	20
	15	100

Da análise de conteúdo efetuada às entrevistas emergiram 4 domínios, os quais iremos analisar sucessivamente:

- Expetativas relativas à hospitalização;
- Privacidade;
- Situação de doença;
- Crítica ao serviço de adulto.

Através da elaboração de um quadro de codificação global, foram distribuídas as áreas temáticas, já identificadas, por categorias exclusivas umas das outras.

O primeiro domínio, **“Expetativas relativas à hospitalização”**, descreve a opinião que os adolescentes têm relativamente à sua hospitalização. Para este domínio emergiram 6 categorias: Internamento; Presença da Família/Grupo de pares/Namorado(a); Frequência das visitas; Horário das visitas; Relações profissionais/adolescente; receios/medos relativos ao internamento.

Relativamente à categoria *“Internamento”*, a maioria referem que se sentem bem relativamente ao seu internamento e uma minoria sentem-se fartos e com nervosismo.

Quanto à categoria *“Presença da família/Grupo de pares/Namorado(a)”*, 7.57% sentem falta do namorado(a) e dos amigos durante o internamento e 4.2% referem que a mãe pôde estar sempre presente.

Na categoria *“Frequência das visitas”*, uma grande maioria relatam que têm sempre visitas tanto por familiares como por amigos.

Relativamente à subcategoria *“Horário das visitas”*, 5.88% referem que o horário das visitas é suficiente e 5.04 % que o horário das visitas deveria ser mais alargado.

Quanto à categoria *“Relação profissionais/adolescente”*, um grande número dos adolescentes relata que os profissionais de saúde em geral são simpáticos e prestáveis com os quais mantêm uma boa relação.

Na categoria *“Receios/medos relativos ao internamento”*, a maioria refere que tem receio e medos relacionados com a doença, com as cirurgias e com exames efetuados.

Quadro 4 - Expetativas relativas à hospitalização

Categorias	Unidades de registo	F	%
Internamento	“Sinto-me bem...” E6	12	10.09
	“Sinto-me farta...” E15	6	5.04
	“Tive nervosismo” E13	3	2.52
	“As pessoas são simpáticas...”E3	1	0.84
Subtotal		22	18.49
Presença da Família/Grupo de pares/ Namorado(a)	“Sinto falta do namorado e de alguns amigos também. Sinto mais falta pela companhia.” E6	9	7.57
	“A minha mãe está sempre aqui comigo...” E4	5	4.2
	“Sinto mais falta à noite...” E14	4	3.36
	“Senti falta da minha mãe...” E2	4	3.36
	“Os meus amigos vieram cá ver-me.” E4	3	2.52
	“O que me custa mais é a manhã e depois sei que tenho as visitas, por isso não sinto grande falta.” E9	3	2.52
Subtotal		28	23.53
Frequência das visitas	“Vieram em todas as visitas” E4	11	9.25
	“Todas as vezes que podem à hora das visitas.” E1	2	1.68
	“Não me visitam porque moram longe” E11	2	1.68
Subtotal		15	12.61
Horário das visitas	“Acho que é suficiente.” E9	7	5.88
	“Acho que o horário devia ser mais alargado à noite.” E4	6	5.04
	“É só uma hora, uma hora e meia, é pouco” E1	3	2.52
Subtotal		16	13.44
Relação profissionais/ adolescentes	“São simpáticos, prestáveis e sempre disponíveis” E1	15	12.61
	“Os médicos tratam-me de um forma mais profissional...” E8	2	1.68
	“Só quando me internaram houve um enfermeiro que foi um bocado bruto.” E6	2	1.68
Subtotal		19	15.97
Receios/medos relativos ao internamento	“Tive medo de ser operada. E depois de operada tive medo de me sentar, pensava que os pontos iam rebentar.” E2	10	8.40
	“Não tenho medo de nada.” E11	5	4.20
	“Só por causa das picas, tenho pavor...” E6	4	3.36
Subtotal		19	15.96
Total		119	100

O segundo domínio, “**Privacidade**”, descreve a opinião que os adolescentes têm relativamente à sua privacidade. Para esta categoria emergiram 5 categorias: Espaço

físico; Relações interpessoais com pessoas mais velhas; Isolamento; Presença de objetos pessoais; Prestação dos cuidados de enfermagem.

Relativamente à categoria “*Espaço físico*”, a maioria descreve que o espaço físico das enfermarias é suficiente e agradável.

Em relação à categoria “*Relações interpessoais com pessoas mais velhas*”, a maioria refere que gostam e que sentem bem com pessoas mais velhas que eles que se encontram na mesma enfermaria.

Na categoria “*Isolamento*”, um grande número dos inquiridos contempla que preferem estar acompanhados para conversar, e outro número significativa, mas menor prefere estar num quarto sozinho.

Na categoria “*Presença de objetos pessoais*”, a maioria refere não sentir falta de nenhum objeto pessoal, tendo já o necessário, outros referem a falta do computador e da televisão.

Na categoria “*Prestação dos cuidados de enfermagem*”, a totalidade dos inquiridos refere que relativamente aos cuidados de enfermagem a privacidade foi respeitada na íntegra.

Quadro 5 - Privacidade

Categorias	Unidades de registo	F	%
Espaço físico	“Acho que o espaço é bom, é suficiente.” E6	11	14.10
	“Gostaria que fosse mais alargado para me movimentar com a cadeira de rodas...” E12	6	7.69
	“Quando estive numa enfermaria de 3 pessoas foi mau...” E1	1	1.28
		18	23.07
Relações interpessoais com pessoas mais velhas	“Sinto-me bem pois as pessoas estão aqui nas mesmas circunstâncias que eu.” E8	10	12.82
	“...acho que não gostaria de estar com pessoas mais velhas.” E13	4	5.13
	“Claro que preferia pessoas da minha idade, com pessoas mais velhas não dá para ter aquelas conversas...” E6	1	1.28
		15	19.23
Isolamento	“Não. Porque prefiro estar acompanhada para conversar.” E12	6	7.69
	“Já estou num quarto sozinho e sem dúvida que prefiro.” E14	6	7.69

	“É igual, não me faz qualquer diferença estar acompanhado ou sozinho.” E11	3	3.85
		15	19.23
Presença de objetos pessoais	“Deixaram-me ficar com tudo...e não senti falta de nenhum.” E1	8	10.26
	“...sinto falta do computador porque não trouxe e também a televisão.”E4	7	8.98
		15	19.24
Prestação dos cuidados de enfermagem	“Fechavam a porta e só ficava a enfermeira eu me estava a fazer o penso.” E2	15	19.23
		15	19.23
		78	100

O terceiro domínio, “**Situação de doença**”, descreve a forma como os adolescentes enfrentam e lidam com a sua situação de doença. Para este domínio emergiram 3 categorias: Expetativas relativamente à situação de doença; Atitudes terapêuticas; Manifestações da patologia.

Relativamente à categoria “*Expetativas relativamente à situação de doença*”, uma grande percentagem relata que sentiram medo, choque e pânico relativamente ao quando souberam que ficavam internados. Ainda um número significativo refere que se mentalizaram favoravelmente quanto ao seu internamento para lhes solucionarem os seus problemas de saúde.

Em relação à categoria “*Atitudes terapêuticas*”, uma grande percentagem refere que os profissionais de saúde, tanto médicos como enfermeiros transmitiram informação quanto ao diagnóstico, aos sinais, sintomas e à evolução da doença. Uma minoria dos inquiridos diz não ter recebido qualquer informação por parte dos profissionais.

Na categoria “*Manifestações da patologia*”, um número significativo dos inquiridos contempla que a situação mais complicada da doença foram as dores e em contrapartida o mesmo número refere que não houve nenhuma situação complicada.

Quadro 6 - Situação de doença

Categorias	Unidades de registo	F	%
Expetativas relativamente à situação de doença	“Choque, pânico, medo” E1	8	15.69
	“Fiquei tão contente...eu só dizia à minha mãe que eu queria ficar porque eu queria que me resolvessem o meu problema.” E10	5	9.8
	“Que ia ficar separada da minha família...sozinha.” E7	3	5.89
	“Comecei a chorar, fiquei triste...” E6	2	3.92
		18	35.3
Atitudes terapêuticas	“Sim. A Dra na sexta veio falar comigo, a dizer que eu ia fazer uma TAC e que com as análises estava tudo bem... E de manhã vem sempre uma enfermeira ao pé de mim a perguntar como é que eu estou. E o enfermeiro chefe também vem sempre ao pé de mim.” E10	14	27.45
	“Não falaram mas eu preciso de saber se amanhã ainda levo os pontos e assim...e tenho muitas dúvidas e acho que em relação a isso não tem sido assim tão bom.” E3	3	5.89
		17	33.34
Manifestações da patologia	“Só mesmo as dores.” E6	5	9.8
	“Até agora não foi nenhuma.” E7	5	9.8
	“Saber que ia ser operado...” E1	4	7.84
	“Foi o estar na cama e não ter nada para fazer.” E2	1	1.96
	“Fazer xixi na arrastadeira.” E15	1	1.96
	16	31.36	
	51	100	

O quarto domínio, “**Crítica ao serviço de adulto**”, diz respeito à opinião dos adolescentes sobre os serviços de adulto. Para este domínio emergiram 3 categorias: Aspectos positivos do serviço de adulto; Aspectos negativos do serviço de adulto; Possibilidade de internamento na pediatria.

Relativamente à categoria “*Aspectos positivos do serviço de adulto*”, a opinião é divergente e os entrevistados referiram que os aspetos mais positivos destes serviços foram: a simpatia dos enfermeiros e das assistentes operacionais e o apoio por parte destes profissionais; outros aspetos relatados foram a comida ser boa; o acesso à internet; o facto de terem a presença da família; o conforto das camas; o poderem ter os seus objetos pessoais; o sentirem-se seguros no internamento; o calor que está no serviço; as condições de limpeza; o silêncio e o sociabilizarem-se com outras pessoas.

Em relação à categoria “*Aspetos negativos do serviço de adulto*”, os adolescentes referem que: a comida não é boa; que os profissionais de saúde poderiam ser mais atenciosos fazendo referência aos chefes de serviço; não terem televisão nas enfermarias; a solidão; as dores; que as casas de banho fossem reparadas e os pijamas substituídos.

Na categoria “*Possibilidade de internamento na pediatria*”, um número significativo dos inquiridos contempla que gostariam de ficar internados no serviço de pediatria, uma minoria que gosta de estar no serviço de adulto e também que gostariam de estar num serviço para adolescentes.

Quadro 7- Crítica ao serviço de adulto

Categorias	Unidades de registo	F	%
Aspetos positivos do serviço de adulto	“A simpatia das enfermeiras,...”E6	10	11.9
	“..., a comida foi boa.”E15	6	7.14
	“..., a Internet..., até é grátis.” E5	5	5.95
	“... e gosto da cama porque é articulada.” E13	5	5.95
	“A minha mãe poder estar comigo...”E15	4	4.76
	“...o conforto...”E1	2	2.39
	“... o facto de poder trazer os meus objetos pessoais...” E7	2	2.39
	“... Estamos num sitio em que sabemos que não nos vai acontecer nada, que em casa não temos...sinto-me mais segura aqui.” E4	1	1.19
	“...e o calor no serviço.” E2	1	1.19
	“... as condições de limpeza.” E6	1	1.19
	“O silêncio....” E13	1	1.19
	“... que podia ter o telemóvel...” E2	1	1.19
	“Socializar com pessoas novas independentemente das idades, o meio ambiente,...” E10	1	1.19
	40	47.62	
Aspetos negativos do serviço de adulto	“...Outro aspeto negativo é a comida, podia ser um bocadinho melhor...” E5	8	9.52
	“... e o enfermeiro chefe que foi um pouco distante para comigo, não se preocupou muito comigo, mas sim em falar da minha doença aos outros enfermeiros.” E8	5	5.95
	“Televisão em todos os quartos e falta de outros entretenimentos para ajudar a passar o tempo.” E1	4	4.76
	“... estar aqui sozinho, sem sair.” E14	3	3.57
	“Não tenho aspetos negativos.” E12	3	3.57
	“ As dores,...” E3	2	2.39
	“As casas de banho podiam ser mais renovadas,		

	podiam ter umas coisas de borracha, os doentes podem escorregar..., o chuveiro podia pendurar-se no teto...” E5	1	1.19
	“Os pijamas, não gosto dos pijamas...” E8	1	1.19
		27	32.14
Possibilidade de internamento na pediatria	“Preferia estar na pediatria porque lá tínhamos o computador numa sala e também pelo facto de haver televisão na enfermaria. Também gostava de falar com os bebés.” E2	13	15.47
	“Se houvesse outro piso para adolescentes, era o melhor.” E1	2	2.39
	“...Se calhar até é melhor estar aqui porque estou aqui também para descansar.” E10	1	1.19
	“...para mim seria igual.” E11	1	1.19
		17	20.24
		84	100

1.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente responder aos objetivos do nosso estudo. Deste modo, a discussão dos resultados, permite referir, o que empiricamente foi o que mais se evidenciou.

A discussão dos resultados é uma fase crucial de um estudo científico, pois permite compreender os dados recolhidos e confrontá-los com as concetualizações teóricas que serviram de pilar para esta investigação.

É na discussão que o investigador examina os principais resultados da investigação, ligando-os ao problema, às questões, confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. “O investigador escolhe um fenómeno, estuda-o em profundidade, no seu conjunto, reúne e liga várias ideias entre si, a fim de construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo” (Fortin, 2009: 31). Desta forma procurou-se fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, assentando no pensamento e análise crítica, recorrendo sempre a opinião de autores consultados.

Tendo em conta as características do estudo e da amostra, reconheceram-se as suas limitações, nomeadamente na generalização dos resultados.

Pela análise das unidades de registo, concluiu-se que as principais necessidades sentidas pelos adolescentes, estão relacionadas, com a sua doença, a família e os amigos.

Neste estudo, relativamente ao domínio expectativas relativas ao internamento, o maior número de unidades de registo dizem respeito a sentirem-se bem durante a hospitalização, sentem falta do namorado(a) e dos amigos, têm visitas tanto por parte dos familiares como dos amigos e que o horário de visitas do hospital é suficiente. Também referem que em relação aos profissionais mantêm uma boa relação e que estes são simpáticos e prestáveis e que os seus medos e receios dizem respeito à doença, às cirurgias e aos exames efetuados.

Em concordância com os autores Almeida et al (2005), os adolescentes aceitam a hospitalização entendendo que favorece o seu tratamento.

O adolescente, ao ser hospitalizado, transita do contexto familiar para um novo ambiente, o hospital. Ocorre uma modificação dos processos relacionais e interrelacionais do adolescente (Bersch e Yunes, 2004).

O significado atribuído pelo adolescente quanto à sua hospitalização é de positivismo, contrariamente ao que revelam Almeida et al (2005), que referem que os adolescentes possuem sentimentos gerados pela hospitalização como a tristeza por não estarem em casa, a raiva, e o sentimento de abandono e de solidão quando não têm acompanhante.

A adolescência é a etapa da vida caracterizada pelas sucessivas mudanças e desenvolvimento. Assim sendo, deve-se tentar que o afastamento social imposto pela hospitalização se evite ou minimize ao máximo, uma vez que o afastamento dos grupos de pertença pode ter sérias implicações na autoestima e afirmação pessoal do adolescente. Também Ferreira (1996), Melo (1996) e Almeida (2004) reconheceram esta necessidade dos adolescentes nos seus estudos, ressaltando que a manutenção da relação assídua com familiares e amigos durante a hospitalização deve ser encarada como uma relação terapêutica. Da mesma forma Almeida (2004) encontrou, no discurso dos seus adolescentes, a importância que estes atribuem ao contacto com os amigos, como forma de os ajudar a ultrapassar situações mais complicadas. Já Arnnsden e Lewis (1993), cit. por Bowden e Greenberg (2005), referem que no adolescente existe um aumento das capacidades cognitivas e uma outra percepção do conceito de tempo, sendo-lhes possível enfrentar e resolver a situação de forma positiva. A separação, por

exemplo, constitui um motivo de sofrimento para o adolescente, em especial quando relacionada com o grupo de pares, em detrimento do que acontece em relação aos seus pais, não significando isto porém que não sintam falta do seu apoio.

Quanto à frequência das visitas, os adolescentes referem que têm visitas tanto dos familiares como dos amigos, assim como o horário das visitas que é suficiente mas também, que o período da noite poderia ser mais alargado. O resultado também encontrado por Ferreira (1996), Mendes (1997), Almeida (2004) e no estudo realizado na Westmead Adolescent Unit (Anderson et al, 1999) diz que a importância atribuída às visitas reflete o desejo de companhia, de não se sentir afastado das pessoas que lhe são significativas, numa tentativa de evitar o sentimento de perda, abandono, segurança e inclusão no meio que lhe é familiar. Os pais são um dos mais importantes recursos de apoio durante a hospitalização, são “fonte de apoio, a rede segura que garante a confiança de que eles estão mesmo lá, no limbo da doença”, concorda Mendes (1997: 126), assim como Almeida (2004). Também Ferreira (1996) quando questionou os adolescentes sobre o acompanhamento durante a hospitalização, concluiu que eles desejavam o acompanhamento dos pais durante 24 horas. Azevedo (2010) no seu estudo refere que os participantes sentem a necessidade de visitas, nomeadamente, da família, dos amigos e do(a) namorado(a).

Na categoria “*relação profissionais/adolescente*”, verifica-se que “ São simpáticos, prestáveis e sempre disponíveis” E1. Também no estudo de Azevedo (2010) os adolescentes referem a sua relação com a equipa de saúde como sendo boa e os profissionais como capacitados e sensíveis. A necessidade de hospitalização constitui uma crise importante na vida do adolescente e de toda a sua família, provocando um elevado grau de ansiedade. Por essa razão, é necessário que o enfermeiro encontre a altura adequada para explicar, tanto aos pais como ao filho, as regras e condições do serviço, bem como os procedimentos a que este vai ser sujeito (Barros, 1999; Wong, 1999). É também referenciado pelos adolescentes, o recurso aos profissionais de enfermagem, como principal fonte de apoio durante a hospitalização, o que reforça a importância das estratégias de intervenção desses profissionais como ação terapêutica (Schumacher e Meleis, 1994 cit. por Meleis, 1997). Ainda, em conformidade de pensamento, “a ajuda à pessoa em sofrimento tem que partir de uma melhor compreensão da experiência do outro e deve constituir um processo facilitador da integração dessa vivência crítica (...)” (Gameiro 1999: 23).

É necessário que um enfermeiro que cuide de adolescentes conheça as especificidades a nível biológico, cognitivo, psicológico e social do adolescente, de forma a melhor entendê-lo e cuidar. Assim sendo e segundo Prazeres (2005: 29), “a preparação profissional adequada afigura-se, também, como elemento fulcral da melhoria dos cuidados, o que, contudo, não tem sido possível assegurar de modo satisfatório, até ao momento presente”. Para finalizar e de acordo com Barroqueiro (1996: 44), “(...) o ignorar das necessidades globais dos adolescentes pode ter repercussões não só na qualidade dos cuidados, como também no seu desenvolvimento futuro como indivíduos(...). Para cuidar é necessário conhecer a pessoa de quem se cuida, o que pensa, o que sente e como se expressa.”

Tal como na perspectiva de Hockenberry (2006) o enfermeiro deverá: Privilegiar a privacidade e confidencialidade; Compreender que o adolescente sente algumas dificuldades inerentes à faixa etária traduzidas em rebeldia e não cooperação, por exemplo; Incentivar as relações/socialização com os pares; Estimular o cuidado com a imagem/corpo; Ouvir as preocupações do adolescente; Desmistificar a doença e futuro; Incentivar a adoção de estratégias de adaptação. “O cuidado ao adolescente hospitalizado justifica que se deva ter além da competência profissional, a compreensão da importância de estar presente, dedicar-se e envolver-se no seu cuidado”(Almeida et al, 2005: 149).

No que se refere aos receios/medos do internamento, estes foram essencialmente referidos pelos entrevistados, no que concerne à sua doença, ao medo das cirurgias e dos exames efetuados. Verificou-se que a hospitalização, significa para o adolescente, uma ameaça (Almeida et al, 2008) e a necessidade de procedimentos invasivos, o cumprimento de atitudes terapêuticas necessárias a uma boa recuperação e também o diagnóstico, o reconhecimento da doença, são elementos que provocam ainda mais medo e insegurança. A hospitalização é, muitas vezes, a primeira crise com que um adolescente se depara. Por essa razão, tendem a responder negativamente ao stress da hospitalização. Segundo Bowden e Greenberg (2005), e Wong (1999), ansiedade pela separação, sensação de perda de controlo e medo de lesão corporal são as preocupações mais significativas de adolescentes em situação de internamento hospitalar.

Ainda segundo Ferreira (1996), o hospital é visto pelo adolescente como um local desconhecido, frio e inóspito, e o internamento, não sendo uma opção sua, provoca uma descontinuidade no seu quotidiano, expondo-o a um meio adverso, do ponto de

vista físico e psicológico. O adolescente, “compreende-se que representa uma ameaça devido à realidade da doença, o qual reage de acordo com o seu grau de maturidade” (Petrone, 1991 cit. por Almeida et al, 2005: 148).

Relativamente ao domínio “*Privacidade*”, o maior número de Unidades de Registo dizem respeito ao facto de descreverem o espaço físico das enfermarias como suficiente e agradável, mediante este registo e em conformidade com Aragonés e Amérigo (1998), a privacidade é definida como o controlo um processo dialético e tridimensional. Estabelece o carácter dialético enfatizando a relação entre a pessoa, as suas expetativas e necessidades e o contexto sócioambiental em que se encontra num dado momento. O ambiente físico tem, de igual modo, forte influência sobre as preferências, expetativas e satisfação da privacidade. A iluminação, as barreiras físicas, o ruído e o espaço disponível são alguns dos agentes condicionadores da privacidade (Gifford,1996). Ao contrário daquilo que a maioria dos entrevistados mencionou, Almeida et al (2005) referem que o espaço da hospitalização aparece ainda como espaço de temor para o adolescente. Assim como Azevedo (2010), os adolescentes do seu estudo referiram ter sentido falta de privacidade. “Qualquer procedimento ou conversa mais delicada com o adolescente deve acontecer em salas reservadas ou, caso isso não seja possível, usando sempre as cortinas existentes na enfermaria” (OMS, 2002; cit. por Azevedo, 2010: 97).

Neste estudo os adolescentes referem que se sentem bem com pessoas mais velhas que se encontram na mesma enfermaria, assim sendo reconhecem a interação humana como possibilidade de ajuda. A relação de amizade construída no ambiente hospitalar é uma relação de ajuda que favorece o partilhar de experiências, o envolvimento, a preocupação e o cuidar do outro (Almeida et al, 2005: 150). Contrariamente no estudo de Guzman e Cano (2000), o adulto no processo de internamento não cria qualquer vínculo com o adolescente. "Um grande grupo heterogêneo não satisfaz à necessidade do adolescente de companheirismo íntimo" (Hurdock, 1997 cit. por Guzman e Cano, 2000: s/p).

Na categoria “*Isolamento*”, um grande número dos inquiridos contempla que preferem estar acompanhados para conversar, e outro número significativo, prefere estar num quarto sozinho.

O isolamento social e o afastamento dos amigos parecem ser dois dos primeiros problemas causados pela hospitalização. Segundo Blos (1985), cit. por Barroqueiro

(1996: 14), a hospitalização perturba o “(...) percurso do adolescente porque este se vê obrigado a ficar durante alguns dias, num local estranho, numa cama, num quarto, impossibilitado de, durante algum tempo, desenvolver as suas atividades quotidianas e satisfazer as suas necessidades de uma forma independente.”

Alguns adolescentes preferem estar num quarto sozinhos para terem a possibilidade de estarem acompanhados pelos pais ou familiares e para terem o seu espaço. A hospitalização irá proporcionar ao adolescente momentos de reflexão, constituindo um período em que o indivíduo experiencia uma variedade de acontecimentos ocorridos diretamente consigo ou com outras pessoas. Segundo Barroqueiro (1996: 48) “o facto do adolescente ter oportunidade para estar sozinho, inactivo ao contrário de ser uma circunstância negativa, para muitos adolescentes pode ser um momento útil para auto reflexão, contemplação e para pensar.”

A hospitalização é uma oportunidade para o adolescente adquirir um conhecimento mais profundo do seu corpo (tão importante nesta fase do seu desenvolvimento) e dos profissionais de saúde, favorecendo deste modo *oportunidades educacionais*. Permite também promover o *autodomínio*, através da presença ativa na tomada de decisões e a *socialização*, através da oportunidade de partilhar vivências com outras pessoas (Barroqueiro, 1996) e (Wong, 1999).

Os adolescentes entrevistados referem que tiveram acesso a todos os objetos pessoais, “Deixaram-me ficar com tudo...” E14 (10.26%), sendo que o computador e a televisão foram os objetos apontados dos quais mais sentiram falta. Mendes (1997), Guzman e Cano (2000), Almeida (2004) e a Westmead Adolescent Unit (Anderson,1999) obtiveram resultados nas suas investigações que demonstram a necessidade de refletir neste assunto, devendo programar-se mais atividades lúdicas e atividades pedagógicas, de modo a estimular a socialização, conseguindo assim tornar a hospitalização mais interessante e menos “enfadonha” para o adolescente.

Um dos principais objetivos do enfermeiro é evitar que a separação sentida pelo adolescente seja nefasta. Para isso, deve minimizá-la, quer proporcionando a visita dos amigos em horários flexíveis, quer facilitando o uso de telemóvel ou telefone, bem como a possibilidade de usar objetos que lhe são preciosos. (Wong, 1999).

Segundo Cordeiro (2009) a televisão por ter um grande poder de atração e por ser uma atividade facilitadora, passou a ocupar um espaço de muita importância, tanto na vida das pessoas como dos adolescentes.

Os adolescentes numa fase de desenvolvimento e em situação de doença em contexto hospitalar, vivem momentos complexos podendo requerer mais privacidade com eles próprios e nos cuidados de saúde que lhes são prestados. Dos entrevistados, (19.23%) diz “Fechavam a porta e só ficava eu e a enfermeira que me estava a fazer o penso.” E2

De acordo com Cordeiro (2009) os jovens têm direito à sua privacidade e intimidade. Até há algumas décadas atrás, esta etapa do ciclo vital era tratada até com certa indiferença. Wolfe cit. em Gifford (1996) refere que dos treze aos dezassete, são os temas de controlo da informação os mais relevantes para o conceito de privacidade. Este autor afirma ainda que as necessidades de privacidade aumentam durante a infância e a adolescência. Gifford (1996) salienta que se fecham portas para garantir a privacidade. De acordo com Cordeiro, (2009) é importante que os profissionais de saúde se mostrem acessíveis e que se dirijam aos adolescentes na presença dos pais e que assegurem que não haverá quebra de privacidade e confidencialidade.

Neste estudo e relativamente ao domínio “*Situação de doença*”, foram feitas interpretações de diversas formas de sentimentos relativamente à sua situação de doença. “Choque, Pânico, medo” E1. “Comecei a chorar, fiquei triste” E6 “Saber que ia ser operado”E1. O modo como cada adolescente responde aos desafios que se lhe impõem depende das características individuais de cada um e depende também da manutenção da ligação à família e aos amigos, durante a hospitalização, funcionando isto como fatores de proteção (Mendes, 1997). A hospitalização gera mudanças bruscas e dolorosas na vida de um adolescente, independentemente da duração do internamento. O adolescente depara-se com normas e rotinas hospitalares difíceis de compreender por ele. Segundo Barroqueiro (1996: 44), a hospitalização vem “(...) provocar uma descontinuidade no seu quotidiano, para além de o expor a um ambiente adverso, por vezes agressivo quer sob o ponto de vista físico quer psicológico”. “Os adolescentes revelam o temor, a não-aceitação da doença e da hospitalização, através da descrição detalhada do seu vivido convivendo com a doença” (Almeida et al, 2005: 150).

A doença no adolescente, a partir do seu aparecimento impõe determinadas adaptações sobre a própria vida do adolescente, em que o intelecto e as emoções se interligam fortemente. Na opinião de Bonino (2007) a aliança terapêutica é por isso fundamental, porque se trata de uma estreita colaboração entre parceiros, ou seja, entre

peessoas que, com modalidades, competências e papéis diferentes, trabalham com o mesmo objetivo.

Apesar de se considerar que a aliança terapêutica deverá ser condição obrigatória na relação com o doente adolescente, de acordo com Laranjeira (2007) a prática médica tem vindo a negligenciar o aspeto relacional. Referido também por Dias (2005) quando diz que sobressaem, assim, diferentes ideologias profissionais que de certa forma predestinam os alicerces de um processo informativo balanceado entre os extremos de uma «verdade ocultada» e de uma «verdade desnudada».

Confirmam estas opiniões as respostas enquadradas na categoria “*atitudes terapêuticas*”, ““Sim. A Dra na sexta veio falar comigo, a dizer que eu ia fazer uma TAC e que com as análises estava tudo bem... E de manhã vem sempre uma enfermeira ao pé de mim a perguntar como é que eu estou. E o enfermeiro chefe também vem sempre ao pé de mim.” E10. Em resumo, a hospitalização também pode representar uma possibilidade de melhoria, a partir do cuidado, do entendimento do diagnóstico e terapêutica, sendo explicitada pelos adolescentes quando há uma certeza do tratamento a seguir. (Almeida et al, 2005).

Os inquiridos referem que a situação mais complicada da doença foram as dores, “Só mesmo as dores.” E6; “Saber que ia ser operado...” E1. Todas as crianças têm medo da lesão corporal. Agulhas e injeções são geralmente citadas como as que mais provocam medo. No entanto o adolescente fica muito mais ansioso perante o resultado de uma cicatriz, devido ao conceito que tem da sua imagem corporal. (Bowden e Greenberg, 2005; Wong, 1999). Como tal, o enfermeiro não pode descurar os medos sentidos pelo adolescente durante a prestação de cuidados, devendo por isso fornecer-lhe explicações apropriadas ao seu desenvolvimento cognitivo; permitir que os pais estejam presentes durante o procedimento, caso o adolescente assim o deseje; dar a possibilidade de participar como elemento ativo, tomando decisões e fazendo opções durante a prestação dos cuidados, tal como preconizado no 4º direito da carta da criança hospitalizada.

Relativamente ao domínio “*Critica ao serviço de adulto*” e quanto à categoria aspetos positivos do serviço de adulto, a opinião é divergente e os entrevistados referiram que os aspetos mais positivos destes serviços foram a simpatia e o apoio dos profissionais de saúde; a comida ser boa, o acesso à internet e o facto de terem a presença da família. Em concordância com este resultado, Azevedo (2010) salienta

também como aspetos positivos referidos a equipa de saúde e ainda o espaço e o conforto. Mais uma vez é incontestável a importância da preparação da equipa dos profissionais de saúde para com o adolescente hospitalizado. Uma equipa receptiva, disponível, com conhecimentos científicos sobre o desenvolvimento físico, psíquico e social é uma ajuda fulcral para o equilíbrio e recuperação do adolescente. Silva (2009) diz que a prática de enfermagem na família deve ter a capacidade para levar em consideração as suas necessidades num todo como a família e não só em termos de necessidade do indivíduo. Os jovens apontam nas suas falas a relação humana como uma possibilidade de interação, pois percebem a presença familiar e o apoio dos amigos como uma relação terapêutica propiciando sentirem-se mais fortes (Almeida et al, 2005: 150). Outro aspeto positivo apontado foi “..., o facto de poder trazer os meus objetos pessoais...” E7, Durante o internamento, há que ter atenção à imposição de regras. Porque a preocupação com a aparência física e com a imagem corporal é muito importante para o adolescente, e porque nesta fase do desenvolvimento se assiste à procura de *identidade* e à construção da *autonomia*, o enfermeiro deve facultar ao adolescente a possibilidade de vestir a sua própria roupa (Wong, 1999).

Os aspetos negativos do serviço de adulto são essencialmente apontados como “...a comida podia ser um bocadinho melhor.” E5 (9.52%) “...o enfermeiro chefe foi um pouco distante para comigo...” E8 e o facto de estarem sozinhos. Também segundo Azevedo (2010), os adolescentes participantes referiram a alimentação como um aspeto negativo do internamento.

A conclusão a que chegou Azevedo (2010), foi o desagrado dos adolescentes com a alimentação fornecida no Hospital. Guzman e Cano (2000), cit. por Azevedo (2010) explicam este resultado com o facto dos adolescentes utilizarem a repulsa do alimento, ou o comer compulsivamente, como uma forma de expressar os seus conflitos. Ao que se acrescenta que, na sociedade atual, os hábitos alimentares são, muitas vezes, errados, sendo a adolescência a faixa etária para a qual as “fast-food” são mais apelativas, pelo que os alimentos servidos no Hospital, cozinhados de forma saudável e servidos equilibradamente, não serão os mais agradáveis. Salienta-se também que as rotinas e os horários hospitalares são difíceis de lidar e o adolescente vê-se obrigado a adaptar-se às novas normas e rotinas da Unidade onde se encontra hospitalizado (Almeida, 2004; cit. por Azevedo, 2010). Também os 81 adolescentes entrevistados por Guzman e Cano (2000) cit. por Azevedo (2010) revelaram sentir-se

incomodados com a imposição de horários e rotinas rígidas no meio hospitalar. O adolescente sente-se só e aborrecido, quando separado do meio familiar e social, e sujeito a alterações no seu estilo de vida. No meio hospitalar são várias as imposições a que os adolescentes ficam sujeitos, desde logo, os horários inflexíveis impostos pelas rotinas hospitalares, os horários para a alimentação, para dormir, para acordar e levantar, para visitas, entre outros (Barroqueiro, 1996).

O enfermeiro tem um papel preponderante na satisfação das necessidades fundamentais do adolescente, sendo também a ele que o adolescente recorre quando necessita de ajuda, para ser ouvido, animado e quando procura carinho. (Barroqueiro, 1996). Watson (1985), citado por Barroqueiro (1996: 47), refere que “a qualidade do relacionamento com outra pessoa é o elemento mais significativo na determinação de uma ajuda efetiva.” Por todas as particularidades que caracterizam esta fase do desenvolvimento, é importante que os adolescentes sejam admitidos e acolhidos no serviço de internamento por um profissional que consiga estabelecer uma relação empática, facilitando a sua adaptação ao hospital. “Haver equipas especializadas no atendimento desse grupo tão específico era meio caminho andado para que os adolescentes sentissem mais humanização nos hospitais” (Esteves, 1996: 41).

A indiferença sentida pelos adolescentes por parte dos profissionais de saúde reflete o seu despreparo. A fuga e o aparente desinteresse pelo jovem internado acabam por provocar uma relação conflituosa, com cobranças e perdas para ambas as partes, principalmente para o adolescente, que se sente só e fragilizado, necessitando amparo e compreensão. A Enfermagem é considerada um pilar que valoriza a filosofia do cuidar. Cuidar para a Enfermagem é nutrir a vida, é mediar o processo de satisfação do ser humano nas suas necessidades de viver (Patrício, 2000).

Hockenberry (2006) refere que os adolescentes valorizam aqueles que demonstram interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que eles pensam ou dizem. O adolescente tem necessidade de verbalizar o que sente e as suas preocupações. A expressão e verbalização de sentimentos face à doença (tristeza, fúria ou medo) devem ser aceites pelo enfermeiro, o qual deve incentivar a sua expressão e proporcionar tempo e espaço para os mesmos. É através da comunicação assertiva que se estabelece uma relação terapêutica bem sucedida. Para Riley (2004:9) “O enfermeiro assertivo parece confiante e confortável”.

Os adolescentes descrevem detalhadamente os sentimentos gerados pela hospitalização como a tristeza por não estarem em casa, a raiva, a menção do desejo de auto extermínio e a sensação de abandono e de solidão quando não tem acompanhante. O adolescente hospitalizado sente-se só e desamparado, principalmente nos momentos de dor, comuns ao quotidiano hospitalar e quando não tem acompanhante, o jovem se defronta com a solidão. (Almeida et al, 2005).

A maioria dos adolescentes entrevistados preferiam estar hospitalizados num serviço de Pediatria ou então num serviço só destinado aos adolescentes. Estas opiniões vêm corroborar um estudo de Almeida et al (2005), referindo-se, que apesar das recomendações dos adolescentes por serem vistos como um grupo importante, que necessita de cuidados em unidades especializadas, estes ainda não existem, pois a maioria das instituições hospitalares não possui infraestruturas físicas para o adolescente, sendo que estes são internados em serviços de pediatria ou de adulto, com alguma dificuldade de adaptação. Porque ainda existem poucos serviços específicos de internamento para adolescentes, frequentemente acontece que a hospitalização destes, ocorra ora em serviços de pediatria, ora em serviços de adultos. De acordo com Prazeres (1998: 34), em Portugal, “Na maioria dos casos, os adolescentes mais novos são internados quando possível, em serviços de pediatria clássicos ou, tal como acontece com os mais velhos, são distribuídos pelos serviços de adultos nas várias especialidades”. Isto contraria por completo o que vem mencionado no 6º direito da carta da criança hospitalizada, que refere que “As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos”, pondo em causa o respeito pela sua privacidade e o cumprimento da sua vontade (Esteves, 1996: 41). Segundo Gillies e Parry-Jones (1992) do Departamento de Psiquiatria da Criança e do Adolescente da Universidade de Glasgow e a SPP (2009), cit. por Azevedo (2010: 98),

os adolescentes devem ser internados num espaço físico próprio, na enfermaria de Pediatria ou idealmente numa Unidade de Internamento para Adolescentes, o que reflete a importância de apoiar a criação de mais unidades destas, evitando que os adolescentes sejam hospitalizados com outros pacientes de faixas etárias muito diferentes, com variados tipos de patologias e dependências, o que só causa maiores dificuldades de aceitação e adaptação aos adolescentes.

No entanto, Prazeres (2005: 28) refere que já existem algumas iniciativas por parte de algumas instituições, no sentido de responder a esta necessidade, pelo que já “funcionam nos hospitais portugueses duas Unidades de Internamento de adolescentes em serviços de Pediatria, seis estruturas consideradas como Sectores do Serviço de

pediatria e, em oito casos, havia estruturas destinadas ao internamento de adolescentes com menor diferenciação.”

Segundo Barroqueiro (1996: 48-50), os adolescentes sentem falta da companhia de outros adolescentes, visto nesta fase da sua vida haver um forte envolvimento com o grupo de pares. “(...) os adolescentes que partilham o mesmo espaço em tempos semelhantes, constituem uma fonte de suporte uns em relação aos outros, pelo que se torna importante a criação de espaços próprios no serviço de pediatria adequado aos seus interesses e necessidades onde se possam sentir eles próprios” tal como preconizado no 6º direito da criança hospitalizada.

Ferreira (1996) refere que nem as unidades pediátricas nem as de adultos são adequadas aos adolescentes, pois a necessidade destes diferem muito das dos outros grupos, devendo os jovens ser internados em unidades concebidas para responder aos seus requisitos específicos. Para Cordeiro (2009) internar um jovem com menos de 19 anos num serviço não construído para a sua medida é acrescentar problemas ao problema de saúde já existente, devido às características muito próprias dos adolescentes. Ainda segundo o mesmo autor, quando se pergunta aos adolescentes onde gostariam de estar internados, fica-se com a sensação que eles desejariam um espaço só para eles, sendo também esses os sentimentos dos profissionais vocacionados nesta área.

CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES

É extremamente importante para o desenvolvimento da Enfermagem, enquanto ciência, basear a sua prática clínica na evidência científica, pois só assim podem ser garantidos conhecimentos, capacidades técnicas e um pensamento crítico. A evidência científica resultante da investigação torna-se cada vez mais importante nos cuidados de saúde, onde se incluem os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, em etapas da vida tão relevantes como a adolescência.

Ao acompanhar o adolescente no momento da hospitalização, é necessário ter em consideração todas as suas particularidades e necessidades. Pelo facto do enfermeiro estar 24 horas por dia junto do adolescente, este tem um papel fundamental, sendo determinante a relação que se estabelece, pois deverá ser uma verdadeira e eficaz relação de ajuda em todos os momentos da sua hospitalização.

Porque a adolescência é considerada uma das fases mais saudáveis na vida do ser humano, a necessidade de hospitalização de um adolescente é frequentemente encarada com perplexidade e medo.

Relativamente à necessidade de internamento, esta é uma situação sobre a qual os adolescentes não pensam frequentemente, encarando-a mesmo como algo extremamente improvável, mas a ser necessário, seria para seu bem.

Deste modo, decidiu-se abordar as vivências do adolescente durante a hospitalização num serviço de adultos, por se considerar que as suas experiências, por todos os fatores envolventes, possam ser diferentes.

Os resultados deste estudo permitiram compreender que as vivências da hospitalização não divergem muito do que se poderia pensar, contrariamente às ideias e à fase de desenvolvimento dos adolescentes, talvez devido à sua hospitalização ter correspondido em fases de doença aguda. Por sua vez, o enfermeiro, tem um papel importante na compreensão e na correspondência das necessidades dos adolescentes nesta fase difícil da sua vida. É necessário que os profissionais de saúde assumam uma postura de educadores que compartilham saberes, com o objetivo de oferecer ao adolescente maior autonomia.

Como limitações deste estudo, realça-se a dificuldade da sua concretização devido ao rigor da metodologia em estudo, assim como do tempo despendido para a

colheita de dados, de forma a obter uma amostra maior. No entanto face aos resultados obtidos, considerou-se ter sido uma boa escolha. Destacou-se como uma das maiores dificuldades deste estudo, a procura dos participantes pelos diferentes serviços de adultos. Relativamente aos resultados, estes seriam diferentes, se os participantes tivessem uma média de internamento maior. Neste sentido seria pertinente, um estudo dirigido a realidades mais prolongadas de hospitalização do adolescente, por exemplo, estudar as vivências dos adolescentes hospitalizados em situação de doença crónica.

Apesar das limitações deste estudo, considera-se ter contribuído para a identificação das características sociodemográficas dos adolescentes da amostra, para o conhecimento das necessidades do adolescente durante a hospitalização.

Os participantes do estudo foram 15 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, de ambos os sexos e hospitalizados há mais de 24 horas nos serviços de adultos da ULSCB.

Dos resultados deste estudo destacam-se os sentimentos experienciados durante a hospitalização, as expectativas e as necessidades sentidas durante a hospitalização em serviços de adulto.

Dos resultados do estudo destacaram-se os sentimentos vivenciados pelos adolescentes durante a hospitalização; as necessidades sentidas pelo adolescente durante a hospitalização e as expectativas dos adolescentes relativamente ao internamento.

Após a análise, interpretação e discussão dos dados obtidos, apresenta-se uma síntese das principais conclusões que se foram configurando no decurso deste estudo.

Relativamente aos sentimentos vivenciados pelos adolescentes durante a hospitalização, salienta-se o facto de se sentirem bem face ao seu internamento; mantêm uma boa relação com os profissionais de saúde e referem que os mesmos são simpáticos, prestáveis e que os enfermeiros prestam cuidados personalizados, respeitam a sua privacidade e que transmitiram informação quanto ao diagnóstico, sinais, sintomas e evolução da doença. No estudo de Azevedo (2010), os adolescentes descrevem a relação com os profissionais como capacitados e sensíveis. O profissional de saúde que presta cuidados ao adolescente hospitalizado, para além de dominar as capacidades técnicas, deve ser recetivo, deve ter conhecimento das mudanças recorrentes na adolescência e num clima de afetividade, estar preparado para compreender as reações do adolescente de forma sensível (Almeida et al, 2008 cit. por Azevedo, 2010).

Os adolescentes, quando confrontados com o seu internamento, revelaram sentimentos de medo, choque e pânico. Os acontecimentos pelos quais sentiram mais

medos e receios foram: os relacionados com a sua doença e com as cirurgias e os exames complementares. A situação mais complicada da sua doença foram as dores. Sendo os enfermeiros os profissionais que mais tempo passa junto do adolescente hospitalizado, são os que melhor identificam os receios, as inseguranças e as dificuldades dos adolescentes hospitalizados (Azevedo, 2010). Na prestação de cuidados ao adolescente, os profissionais de saúde devem manter uma conduta de parceria com o adolescente, explicando cada procedimento, tentando ao máximo minimizar os efeitos negativos dos procedimentos dolorosos e invasivos que são executados (Almeida, 2004; Silva, 2006).

Tornou-se evidente do testemunho dos participantes, que devido ao reduzido horário das visitas, estes sentem falta da família, dos amigos e do(a) namorado(a). Consideram que o horário deveria ser mais alargado. Considera-se que a norma de visitas da ULSCB afasta dos adolescentes o convívio com os amigos e o apoio da família. O estudo de Azevedo (2010) sugere um exemplo da 2-West adolescent Unit do Hospital da UCLA, em que determina um horário alargado ao fim de semana. Por este motivo sugere-se a alteração do regulamento de visitas, no sentido de permitir em casos pontuais e sempre que o adolescente o solicite, o alargamento do horário das visitas, nomeadamente permitir que um dos pais /representante legal permaneça junto ao adolescente durante a noite.

Relativamente à necessidade de privacidade, os adolescentes consideram que o espaço físico das enfermarias é suficiente e agradável, gostando de estar acompanhados por pessoas mais velhas, com quem estabelecem um bom relacionamento, sendo que a sua privacidade é respeitada quando se trata de efetuar técnicas mais complicadas ou de ter conversas mais íntimas. Esta opinião dos nossos entrevistados não é, no entanto partilhada por Azevedo (2010), em que os adolescentes hospitalizados sentiram falta de privacidade. Qualquer procedimento ou conversa mais delicada com o adolescente deve acontecer em salas reservadas ou usando sempre as cortinas existentes na enfermaria (OMS, 2002, cit. por Azevedo, 2010). Também no estudo, um número significativo de adolescentes refere que gostariam de estar num quarto sozinhos, também Gillies e Parry-Jones (1992) sugerem que as enfermarias das unidades devem ser individuais. Não sentem falta de outros objetos pessoais, para além do computador e da televisão. Nos serviços de adultos não há sala com computadores disponíveis, apenas uma sala de convívio com uma televisão. Cada família tem em seu poder, o telefone, o telemóvel, a

televisão e um novo membro que é o computador. Cada vez mais os adolescentes usam a internet e têm o computador como sendo o seu amigo mais fiel (Eisenstein e Estefan, 2006).

Relativamente às expectativas dos adolescentes e quanto aos principais aspectos positivos dos serviços de adultos tidos em conta, foram: a simpatia e o apoio dos profissionais de saúde (enfermeiros e assistentes operacionais); a comida; o acesso à internet e a presença da família. Os principais aspectos negativos dos serviços de adultos apontados foram: a comida; os profissionais de saúde poderem ser mais atenciosos (chefes de serviço); a falta de televisão nas enfermarias e a solidão. Será fundamental sugerir que as refeições servidas aos adolescentes fossem diferentes da dos adultos, mais personalizada e dando mais ênfase aos gostos e necessidades de cada adolescente.

Por último, os nossos entrevistados, referem que gostariam de ficar internados no serviço de pediatria.

Uma análise global dos resultados obtidos neste estudo sugere que a aquisição de uma experiência de hospitalização positiva pode ser uma tarefa fundamental e necessária ao ajustamento e à admissão do adolescente nestes serviços.

O apoio emocional do adolescente e da sua família é essencial para que o adolescente possa conviver melhor com a ansiedade do internamento e com o lidar e enfrentar o que está inerente à sua doença. Neste sentido, o adolescente necessita de apoio e colaboração dos profissionais de saúde na condução adequada da sua assistência. É importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados quanto à relevância da presença dos amigos e da família para o adolescente, que os mesmos também precisam de se sentir à vontade para executarem as suas atividades de lazer no meio hospitalar. A informação sobre a evolução e conduta de todo o processo de doença é crucial.

Este estudo, dada a sua característica e especificidade, não pode ser encarado como uma investigação com o fim em si mesmo, havendo pois consciência que este se cinge a esta realidade na descrição de uma forma particular. Todavia, sugere-se que outros estudos sejam realizados, nomeadamente estudos com adolescentes hospitalizados com doença crónica, numa busca contínua de uma melhor compreensão do fenómeno da adolescência e da hospitalização, devido à sua especificidade e complexidade, no sentido de melhorar a satisfação do adolescente. Futuramente, com a atualização da implementação do alargamento da idade de atendimento nos serviços de

pediatria, seria pertinente e interessante, realizar o mesmo estudo a adolescentes hospitalizados no serviço de pediatria desta mesma instituição e depois comparar dados.

É fundamental que o enfermeiro que lida com estes jovens com características especiais, desenvolva para além de competências técnicas, competências relacionais por forma a humanizar os cuidados prestados.

A hospitalização dos adolescentes nos serviços de adulto continua a ser uma realidade nesta Unidade Hospitalar, pelo que o enfermeiro deve reconhecer o adolescente como uma pessoa frágil, especial, com maior necessidade emocional, havendo pois, a necessidade das instituições de saúde incentivarem e treinarem os seus profissionais de forma a fazer face a esta realidade.

Cuidar em Enfermagem durante a hospitalização do adolescente, implica uma responsabilidade profissional, emocional e social envolvente e humanizante que permita identificar todas as necessidades do adolescente e respetiva família.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação – um guia prático e crítico*. Porto: Asa Editores.
- Almeida, I. S. (2004). *Desvelando o cotidiano do ser-adolescente-hospitalizado: uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Almeida, I. S. (2008). Hospitalização do adolescente e a participação familiar. *PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente*, 2, 109-134.
- Almeida, I., Rodrigues, B. e Simões, S. (2005). Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem - Reben*, 58(2), 147-151.
- Anderson, G. (1999) - *Perceived Needs and Patient Satisfaction in relation to Adolescent Health Care*. Acedido em Maio 12, 2012, em 7th National Conference of the Association for the Welfare of Child Health. Sydney: http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent_Health_Care.pdf
- André, C. e Cunha, M. (2001). Empatia como fio condutor do cuidar em enfermagem. *Servir*, 49 (3), 129-135.
- Aragonés, J. I. e Américo, M. (1998). *Psicologia Ambiental*. Salamanca: Ediciones Pirâmide.
- Azevedo, A. (2010). *Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes*. Dissertação de mestrado em Ciências da Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

- Bayle, F. e Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barroqueiro, C. (1996). A hospitalização do adolescente. *Enfermagem*, Lisboa, 4 (2), 43-50.
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bersch, Â. A.S.; Yunes, M. A.M. (2004). *Mobilizando crianças hospitalizadas da passividade à actividade frente à doença: a óptica da ecologia do desenvolvimento humano*. Acedido em Maio 30, 2012, em Casa do Psicólogo: <http://www.msmedia.com/ceprua/furg/trab16.pdf>.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boisvert, C. (2006). *Pais de Adolescentes: Da tolerância necessária à necessidade de intervir*. Lisboa: Climepsi.
- Bolander, V. R. (1998). – *Sorensen e Luckmann. Enfermagem Fundamental, abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bonino, S. (2007) – *Mil amarras me prendem à vida. (Con) Viver com a doença.*, Coimbra: Editora Quarteto.
- Bowden, V. R., Greenberg, C. S. (2005). *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

- Calais, S., Andrade, L. e Lipp, M. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. São Paulo, V. 6, nº 2, 257-263.
- Carta da Criança Hospitalizada (1988). Acedido em Setembro 21, 2011, em Instituto de Apoio à Criança : <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Carter, B. e Mcgoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Orto Alegre: Artes Médicas.
- Cassidy, T. (1997). - *Environmental Psychology: Behaviour and Experience in Context*. Northampton, Psychology Press Publishers.
- Código Deontológico (2009). Inserido no estatuto da OE como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Set. Acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Collière, M. (1999) *Promover a Vida: da prática das mulheres da virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ªed.) Loures: Lusociência.
- Conselho de enfermagem. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, nº 6, 39-42.
- Conselho internacional dos Enfermeiros (2005). Acedido em Abril 1, 2012 em CIE: <http://www.icn.ch>
- Cordeiro, M. (2004). *Dos 10 aos 15: adolescentes e adolescências*. Jardim dos Ulmeiros: Publisher Team.

- Cordeiro, M. (2009). *O Grande livro do Adolescente*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Cordeiro, R. A. C. (2006). *Adolescência... O corpo, a amizade e a intimidade*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre, 2006.
- Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente na UCI. *Nursing*, 8 (94). Lisboa, 26-30.
- Diário da República, 2ª série - nº 112 - 11 de Junho de 2010; Despacho nº 9871/2010.
- Dias, M. (2005) – *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*, , Lisboa: Climepsi Editores .
- Denzin, N. K. (1994). The Art and Politics of Interpretation. In Denzin, N. & Lincoln, Y., *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications.
- Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In: Denzin, N. K. e Lincoln, Y.S. (eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Diogo, P. (2000). Necessidades da Apoio dos Familiares que acompanham a Criança com Doença Oncológica no Internamento. *Pensar Enfermagem*, 4 (1), 12-23.
- Eisenstein, E., Estefenon, S. (2006). Computador: ponte social ou abuso virtual? *Adolescência e Saúde, Out.*, 3 (3), 57-60.
- Esteves, A. (1996). Pela saúde das crianças humanizar é preciso. *Pais e Filhos*, Março (62), 38-41.
- Faquinello, P., Collet, N. (2003). Vínculo afetivo mãe/criança na unidade de alojamento conjunto pediátrico. *Gaúcha Enferm.*, Dez, 24 (3), 294-304.

- Faquinello, P., Higarashi, I. e Marcon, S. (2007). O Atendimento Humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção da Acompanhante da Criança Hospitalizada. *Texto contexto Enfermagem*, Out-Dez., 16(4), 609-616.
- Ferreira, M. M. S. R. S. (1996). *O Internamento na Adolescência* (Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Flick, U. (1998). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Fonseca, H. (2005) - *Compreender os adolescentes - Um desafio para Pais e Educadores*. (4ª ed.). Lisboa: Editorial Presença
- Fonseca, H. (2005). *Viver com adolescentes*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.) Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Freitas, M. C., Mendes, M. M. (1999). Condições crónicas de saúde e o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (5), 127-135. Acedido em Junho 20, 2012 em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13515.pdf>.
- Gameiro, M. H. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Gifford, R. (1996). *Environmental Psychology: -Principles and Practice*. (2ª ed.), Victoria.
- Gillies, M. L., Parry-jones, W. L.(1992). Suitability of the paediatric setting for hospitalized adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 67 (1992), 1506-1509. Acedido em abril 15, 2012, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1793973/>

- Guzman, C. R., Cano, M. A. (2000). O adolescente e a hospitalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2 (2), s/pag., Acedido em Fevereiro 15, 2012, em Revista Eletrônica de Enfermagem:
http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista2_2/ado_hosp.html
- Henriques, M., Monteiro, Z., Lúcia, A. (1995). O Enfermeiro e a Morte. *Servir*,43 (1). Lisboa.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Ludociência.
- Hockenberry, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Huberman, A. M., Milles, M. B. (1994). Data Management and Analysis Methods. In Denzin, N. e Lincoln, Y., *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *As Pessoas, 2010*. Estatísticas oficiais. Acedido em Maio 17, 2012, em INE:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE
- Janesck, V. J. (1994). The Dance of Qualitative Research Design – Metaphor, Methodology, and meaning. In Denzin, N. e Lincoln, Y., *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Karl, I. (2002). *Relação dialógica de cuidado entre o ser enfermeiro e o ser criança: sob a visão da Teoria de Paterson e Zderad*. (Dissertação Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Acedido em Fevereiro 23, 2012, em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4726/000414380.pdf?sequenc e=1>
- Kincheloe, J. L., McLaren P. L. (1994). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. In Denzin, N. e Lincoln, Y., *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications.
- Laranjeira, C. (2007). – O percurso do doente oncológico: a conceptualização do acto informativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (6) , 15-19.
- Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa: Climepsi.
- Lessard-Hérbert, M., Goyette, G., Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ludke, M., André, M. (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo. Ed. Editora Pedagógica Universitária.
- Maas, T., Zagonel, I. (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75. Acedido em Abril 6, 2012, em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5014/3790>.
- Marçal, M. (2003). *Cuidados Centrados na Família: Filosofia e Práticas dos Enfermeiros num serviço de Pediatria*. Dissertação apresentada na área científica de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Diniz, J., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A. e Equipa Aventura Social. (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010*.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Filadélfia: Lippincott.
- Melo, E. (1996). *A valorização do acompanhamento na experiência de hospitalização do adolescente*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Icbas.
- Mendes, A. (1997). *Adolescer e estar hospitalizado: A mestria como horizonte*. Dissertação de Mestrado. Porto: Icbas, 1997.
- Ministério da Saúde (2005). Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Editora MS.
- Ministério da saúde. (2010). Despacho nº 9871/2010 DR II Série. 112 (2010-06-11) 32123. Acedido em Junho 20, 2012, em:
http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estrat%C3%A9gico/Unidades%20Coorden.%20Funcionais/Despacho_9871_2010.pdf
- Morse, J. M. (1994). Designing Funded Qualitative Research. In Denzin, N. e Lincoln, Y. *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications.
- Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2001). *O mundo da criança* (8 ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Paterson J, e Zderad L. (1979). *Humanistic nursing*. New York (NY): Springer.
- Patrício Z M. (2000). O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Tricksters”. In Nitschke RG, et al, *organizadores. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. (p. 121-43). Brasília: ABEn/ Governo Federal.

- Petrone, A. (1991). A relação enfermagem-adolescente. In: *Maakaroun M., Souza P. Tratado de adolescência - um estudo multidisciplinar.* (22-5). Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Pisandelli, G. (2007). A Teoria de Maslow e sua relação com a Educação de Adultos. Acedido em: Outubro 30, 2011, em:
http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Teoria_de_Maslow_e_sua_relacao_com_a_educacao_de_adultos.htm
- Polit, D.; Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*(5ª ed.).Porto Alegre: Artmed.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes. Princípios orientadores.* Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Prazeres, V. (2005). *Bases do programa nacional de saúde dos jovens.* Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Quivy, R. e Campenhout, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* (2ª ed.). Lisboa: Ed. Gradiva.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem.* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Saita, M. I. (2002). *Adolescência, ética e cidadania.* Pediatria. Acedido em Fevereiro, 2012, em Pediatria:
<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/547.pdf>
- Sampaio, D. (2003). *Vozes e Ruídos. Diálogos com Adolescentes.* (14ªed.). Lisboa: Caminho
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho; o adolescente e o suicídio.* Lisboa: Caminho.

- Santos, J. (2004). Um olhar sobre as práticas: Das pessoas e das suas necessidades em saúde aos enfermeiros e o respectivo contributo para a satisfação dessas necessidades. *Ordem dos Enfermeiros*, Nº 14, 39-43
- Schwandt, T.A. (1997). *Qualitative inquiry: A dictionary of terms*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Serrano, C.(2001). *Teoria de Maslow – A Hierarquia das Necessidades*. Acedido em Novembro 1, 2011, em:
<http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/maslow.htm>
- Silva, M. (2006). *O adolescente e a experiência de ser cuidado*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Icbas.
- Silva, M. (2009). Importância da Avaliação das Necessidades da Família do Doente, para o Desenvolvimento da Profissão de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, nº 85, 45-48.
- Silveira I., Carvalho E., A.(2003). Vínculos afetivos na vida adulta: o visitante do paciente com AIDS. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*.
- Sociedade portuguesa de pediatria. (2009). *Requisitos de atendimento ao adolescente*. Portugal: Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Sprinthall, N. e Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Strecht, P. (2005). *Vontade de ser* (1 ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Steubert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em enfermagem. Avançado o Imperativo Humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Vara, L. (1996). Relação de Ajuda à criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num Serviço de Pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1 (1). 5-52.

Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. (2ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wong, D. (1999). *Walley & Wong – Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva* (5ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A

APÊNDICES

APÊNDICE A - Matriz da Entrevista

A preencher pelo entrevistador.	Local da Entrevista (Serviço): Data: Codificação:
	A - DADOS SÓCIO - DEMOGRÁFICOS Identificação do Adolescente
	1 - Idade: 2 - Sexo: 3 - Local de residência: 4 - Ano de escolaridade: 5 - Com quem vive: 6 - Ocupação dos tempos livres:
	B - PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO
	7 - Motivo do internamento: 8 - Internamentos anteriores: 9 - Tempo de internamento:
C - EXPETATIVAS RELATIVAS À HOSPITALIZAÇÃO	
1 - O internamento é uma situação de recurso. Como te sentes relativamente ao internamento neste serviço? Concretiza com 3 exemplos.	
2 - Sentes falta da presença da tua família? Em que situações gostarias que estivessem presentes?	
3 - Durante o internamento sentes falta dos teus amigos/namorado(a)? Em que situações sentes mais falta?	
4 - Com que frequência te têm visitado?	
5 - O horário das visitas é estipulado pelo hospital. No teu entender esse horário é suficiente? Porquê?	
6 - Durante o teu internamento lidaste com vários profissionais de saúde. Como é a	

tua relação com os profissionais de saúde que trabalham neste serviço? Contextualiza com 3 exemplos.

7 – Durante o internamento tiveste algumas expectativas. Fala-me dos teus medos e receios relativamente a este internamento.

D - PRIVACIDADE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

8 – Encontras-te internado numa enfermaria. Como consideras o espaço físico desta enfermaria?

9 - Como te sentes junto das pessoas mais velhas que aqui se encontram internadas? Porquê?

10 - Preferias estar num quarto sozinho(a)? Porquê?

11 – Verifico que tens alguns objetos pessoais. Que objetos pessoais e de lazer permitem que tenhas contigo? Sentes falta de algum outro objeto?

12 - Quando te prestam cuidados de enfermagem ou outras técnicas médicas, a tua privacidade é respeitada? Enumera 3 situações.

E - SITUAÇÃO DE DOENÇA

13 – Ficar internado não é das situações mais agradáveis. O que sentiste quando soubeste que ficavas internado(a)? Refere 3 sensações.

14 - Os profissionais de saúde abordaram contigo o tipo de doença, a evolução provável e os sinais e sintomas a surgir? Com que frequência o fazem?

15 - Relativamente à tua situação de doença, qual foi para ti a situação mais complicada durante o internamento?

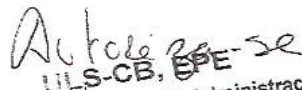
F - CRÍTICA AO SERVIÇO DE ADULTO

16 – Neste serviço onde te encontras internado há aspetos positivos e aspetos negativos. No teu entender quais os aspetos mais positivos do serviço de adulto em que te encontras internado(a)? Refere 3 exemplos.

17 - E quais os aspetos mais negativos? Dá 3 exemplos.

18 – Outra possibilidade do teu internamento era no serviço de pediatria. Preferias estar internado(a) num serviço de pediatria? Porquê?

APÊNDICE B - Consentimento do Hospital


ULS-CB, EPE-SE
Orgão do Conselho de Administração
Enfermeiro Director
João Carlos Nunes

Ex. mo Sr. Presidente do
Conselho de Administração da ULS de
Castelo Branco

Assunto: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados

Isabel Maria Barroca dos Santos Lino, enfermeira na ULS de Castelo Branco, no serviço de Cirurgia II, aluna do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, a desenvolver um estudo subordinado ao tema “O adolescente e a vivência da hospitalização em serviço de adulto”, vem solicitar a V. Ex^a que se digne autorizar a realização de colheita de dados na ULS de Castelo Branco, nos serviços de Medicinas I e II, Cirurgias I e II, Especialidades I e II, Ortopedia, Gastrenterologia e Urologia. O período será de 15 de janeiro a 31 de março de 2012, através de uma entrevista semi-estruturada a jovens em idade pediátrica internados nos serviços de adulto e que aceitem participar.

O trabalho visa estudar a forma como os adolescentes se integram numa unidade de internamento de adultos, e como acionam os seus mecanismos para se integrarem e garantirem a sua privacidade durante a hospitalização.

Será respeitada a confidencialidade dos participantes e estes terão conhecimento prévio dos procedimentos relativos à fase de colheita de dados, assinando o consentimento informado.


Os resultados obtidos deste estudo serão colocados à disposição de V. Ex^a, de acordo com os interesses da Instituição.

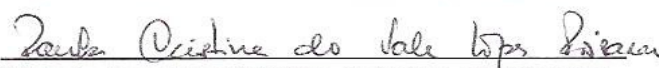
Informo que a Professora Paula Pissarra é a responsável pela orientação do estudo de investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através dos contactos: Escola, Telf: 271 205 220. O meu respetivo contacto: Tlm: 962743027; Correio Eletrónico: isabarroca@gmail.com.

Agradecendo a Vossa colaboração.

Pede deferimento

Castelo Branco, 13 de janeiro de 2012


(Aluna: Isabel Maria Barroca dos Santos Lino)


(Orientadora: Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra)

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Título do estudo: O adolescente e a vivência da hospitalização em serviço de adulto

Autora: Isabel Maria Barroca dos Santos Lino

Enfermeira da Unidade de Local de Saúde de Castelo Branco - EPE;

Aluna do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico/ Escola Superior de Saúde da Guarda.

Estás a ser convidado(a) para participar, voluntariamente, de uma entrevista. Antes de dares o teu consentimento, lê atentamente as informações descritas a seguir, acerca dos quais foste elucidado(a):

1. A informação recolhida é para uso exclusivo deste trabalho e é fundamental para os cuidados prestados aos adolescentes.
2. A tua participação é voluntária e podes desistir a qualquer momento.
3. A tua identificação será mantida confidencial, sendo os resultados deste estudo analisados sem que seja revelada a tua identidade.
4. Para facilitar a análise do teu testemunho será utilizado como recurso uma gravação áudio.

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo de consentimento, assim como do estudo em questão, sendo que concordo participar nesta pesquisa.

Castelo Branco, ___ / ___ / ___

(Assinatura do adolescente ou pai/mãe/representante legal)

Expliquei o propósito deste trabalho e respondi a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo(a) adolescente.

Castelo Branco, ___ / ___ / ___

(Assinatura da autora)

APÊNDICE D - Transcrição e categorização sistemática das entrevistas

Quadro nº 1 - Expetativas relativas à hospitalização

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
Internamento	<p>E1 - “Confortável e à vontade com as pessoas” E6 - “Sinto-me bem...as enfermeiras são minhas amigas.” E7 - “ Gosto de cá estar porque me estão a curar, E7 - “...tenho boas companhias e tratam-me bem.” E9 - “Acho que é bom,...” E9 - “...as condições são boas...” E9 - “... e sinto-me bem.” E10 - “No inicio senti-me um pouco ansiosa porque nunca tinha estado internada..., mas não...até está a correr bem,...” E10 - “...apesar de ser por um motivo de doença estou a gostar de cá estar estou a ser bem tratada.” E11 - “Bem. Gosto.” E12 - “Acolheram-me bem...” E 14 - “Sinto-me normal, bem.”</p>	<p>E6 - “Sinto-me bem...”</p>
	<p>E2 - “É uma seca.” E2 - “Não se faz nada.” E3 - “..., mas eu não gosto porque estou sempre aqui sozinha...é sempre a mesma coisa.” E5 - “É um bocadinho chato estar aqui,...” E5 - “...aborrecido sem nada para fazer, ainda por cima não há aqui televisão... e as camas podiam ser um bocado mais confortáveis. E também o barulho que algumas funcionárias fazem de noite.” E15 - “Sinto-me farta por estar aqui. Quero ir para casa,...”</p>	<p>E15 - “Sinto-me farta por estar aqui. Quero ir para casa,...”</p>
	<p>E8 - “Sinto-me um pouco nervoso, pois vou fazer uma operação, mas de resto acho que estou a ser bem aceite por parte dos enfermeiros e restante equipa.” E10 - “No inicio senti-me um pouco ansiosa porque nunca tinha estado internada...” E13 - “É esquisito. É a primeira vez, não estou assim muito habituada. Tive nervosismo.”</p>	<p>E 13 - “É esquisito. É a primeira vez, não estou assim muito habituada. Tive nervosismo.”</p>
	<p>E 3 - “As pessoas são simpáticas,...”</p>	<p>E3 - “As pessoas são simpáticas</p>
Presença da Família/Grupo de pares/Namorado(a)	<p>E2 - “Senti falta da minha mãe,... Gostaria que ela estivesse cá durante a noite.” E3 - “Sinto sempre falta deles porque estou aqui sozinha.” E6 - “Sinto falta do namorado e de alguns amigos também. Sinto mais falta pela companhia.” E7 - “Um bocadinho. Gostaria que estivessem quando é preciso mesmo.” E8 - “Sinto um pouco anseio pelo momento deles chegarem. Gostaria que estivessem presentes nas situações em que preciso de apoio e companhia.” E9 - “Sim, sinto um bocado mas como sei que este internamento vai ser temporário...” E10 - “.... Sinto falta de conversar com eles, principalmete do convívio com os meus amigos. “ E13 - “ Gostava de conversar mais tempo com eles.” E14 - “ Sinto a falta de estar com eles.”</p>	<p>E6 - “Sinto falta do namorado e de alguns amigos também. Sinto mais falta pela companhia.”</p>
	<p>E3 - “Sempre. A minha mãe tem-me vindo visitar sempre que pode.” E4 - “ a minha mãe está sempre aqui comigo...” E11 - “... tenho cá sempre a minha avó.” E13 - “Gostaria que estivessem sempre, no entanto a minha mãe está sempre aqui comigo...” E15 - “ ... foi a minha mãe poder estar sempre comigo.”</p>	<p>E4 - “ a minha mãe está sempre aqui comigo...”</p>

	<p>E1 - “À noite” E2 - “Senti falta da minha mãe,... Gostaria que ela estivesse cá durante a noite.” E14 - “Sim. A minha mãe... gostaria que estivesse cá sempre... Sinto mais falta à noite...” E15 - “ Sinto falta do meu pai, do meu irmão. Gostaria que estivessem sempre comigo. Gostaria que estivessem comigo à noite para me fazerem companhia e para conversarmos.”</p>	<p>E14 - “Sim. A minha mãe... gostaria que estivesse cá sempre... Sinto mais falta à noite...”</p>
	<p>E 2 - “Senti falta da minha mãe,...” E6 - “Só sinto falta da minha mãe, as vezes todas que eu estive internada a minha mãe esteve sempre comigo, mas agora não está cá.” E10 - Sim. Principalmente da minha mãe porque sou muito agarrada a ela,...” E14 - “Sim. A minha mãe... gostaria que estivesse cá sempre.</p>	<p>E2 - “Senti falta da minha mãe,...”</p>
	<p>E1 - “todas a situações que possíveis” E4 - “Os meus amigos vieram cá ver-me.” E5 - “Sim e não. Não, Vêm cá ver-me todos os dias.”</p>	<p>E4 - “Os meus amigos vieram cá ver-me.”</p>
	<p>E9 - “Não, quer dizer o que me custa mais é a manhã e depois sei que tenho as visitas , por isso não sinto grande falta.” E11 - “Não sinto a falta deles...” E12 - “Estão cá tempo suficiente,...”</p>	<p>E9 - “Não, quer dizer o que me custa mais é a manhã e depois sei que tenho as visitas , por isso não sinto grande falta.”</p>
Frequência das visitas	<p>E2 - “Vieram-me visitar a minha mãe e o resto da família.” E3 - “A minha mãe tem vindo sempre a uma das visitas, porque também trabalha. O meu namorado e os meus amigos também me têm vindo visitar.” E4 - “Vieram em todas as visitas.” E5 - “Todos os dias e em todas as visitas.” E6 - “Os meus amigos visitaram-me ontem e o meu namorado também esteve cá ontem e a minha mãe todos os dias em todas as visitas.” E7 - “Têm-me visitado sempre.” E8 - “Na hora das visitas, sempre.” E9 - “Vêm sempre. Os amigos vêm à tarde por causa das aulas e à noite vem mais a família.” E10 - “Vêm em todas as visitas. O meu pai ontem não veio porque estava a trabalhar.” E14 - “Vêm todos os dias.” E15 - “Nas horas das visitas.”</p>	<p>E4 - “Vieram em todas as visitas.”</p>
	<p>E11 - “Não me visitam porque moram longe.” E13 - “Não vieram porque nós somos de muito longe e eles têm aulas o dia todo...”</p>	<p>E11 - “Não me visitam porque moram longe.”</p>
	<p>E1 - “Todas as vezes que podem à hora das visitas.” E12 - “Ontem vieram-me visitar.”</p>	<p>E1 - “Todas as vezes que podem à hora das visitas.”</p>
Horário das visitas	<p>E3 - “Suficiente...sim, penso que sim.” E8 - “Penso que sim também para dar algum tempo de descanso...” E9 - “Eu acho que é suficiente.” E10 - “ Acho, porque há pessoas que também precisam de descansar. Eu estou bem mas há pessoas que estão piores que eu e que precisam de descansar.” E11 - “Acho que é suficiente. Até porque preciso de descansar.” E12 - “Acho que é suficiente porque as pessoas que cá estão internadas com a confusão das visitas ficam cansadas.” E15 - “É suficiente, dá tempo para estar com os meus familiares,...” E também para podermos descansar,...”</p>	<p>E9 - “Eu acho que é suficiente.”</p>
	<p>E4 - “ Acho que o horário devia ser mais alargado à noite.” Entrevista nº 5 - “Das visitas da parte da tarde podia ser mais largo... um bocadinho maior e o da noite também podia ser um bocadinho maior porque temos de jantar e aparecem as visitas no meio da hora do jantar.” Entrevista nº 6 - “O horário da noite devia de ser só mais um bocadinho... só mais meia hora” Entrevista nº 7 - “Acho que sim, porque há pessoas da família que não podem ter outras horas para vir à visita. Acho que o horário da parte da tarde devia ser mais alargado.”</p>	<p>E4 - “ Acho que o horário devia ser mais alargado à noite.”</p>

	<p>Entrevista nº 8 - "... À noite talvez um bocadinho mais."</p> <p>Entrevista nº 14 - "Acho que devia ser maior. E que devia ser durante todo o dia."</p>	
<p>Relação profissionais/adolescente</p>	<p>E1 - "São simpáticos, prestáveis e sempre disponíveis"</p> <p>E2 - "Eu acho que eram simpáticos, todos. A minha mãe é que acabava por falar mais com os profissionais."</p> <p>E3 - "É boa. São simpáticos, disponíveis não tenho nada a dizer de mal. Sempre que eu toco à campainha a auxiliar vem logo e em relação aos enfermeiros também são simpáticos e tiraram-me as dores a seguir à operação. O médico foi o mesmo que me operou quando eu era pequena."</p> <p>E4 - "Foram todos muito simpáticos, foram todos espetaculares, toda a gente."</p> <p>E5 - "Não é má, são simpáticos. Alguns são comunicativos outros não são tanto..."</p> <p>E7 - "A minha relação com eles eu acho que é boa. São todos simpáticos."</p> <p>E8 - "Dão-me muito apoio. Houve uma enfermeira em particular que foi um pouco querida, falava comigo de uma forma mais aberta e brincava um pouco..."</p> <p>E9 - "Para mim é muito importante eles cá estarem porque eles me apoiam muito, só às vezes refilam com os meus pais por estarem mais uns minutitos depois das horas das visitas."</p> <p>E10 - As auxiliares são muito simpáticas,..."</p> <p>E10 - "A enfermeira que esteve comigo ontem.... Não tenho razão de queixa têm sido impecáveis comigo. Em relação aos médicos os únicos com quem lidei foi lá em baixo na urgência e aqui foram impecáveis e explicaram-me tudo da doença."</p> <p>E11 - "São simpáticos e dou-me bem com todos."</p> <p>E12 - "Tratam-me bem, quando é preciso tiram-me as dores. Os médicos têm cá vindo e os auxiliares são simpáticos e ajudam-me."</p> <p>E13 - "São todos simpáticos."</p> <p>E14 - "...tratam-me bem."</p> <p>E15 - "Falei bem com todos e trataram-me bem. ..."</p>	<p>E1 - "São simpáticos, prestáveis e sempre disponíveis"</p>
	<p>E6 - "Acho que uns são mais profissionais que outros, em geral. Os médicos até que são profissionais..."</p> <p>E8 - "Os médicos tratam-me de uma forma mais profissional, preocupavam-se mais com a forma da saúde. E com o bem estar."</p>	<p>E8 - "Os médicos tratam-me de uma forma mais profissional, preocupavam-se mais com a forma da saúde. E com o bem estar."</p>
	<p>E6 - " Só quando me internaram houve um enfermeiro que foi um bocado bruto..."</p> <p>E15 - " Só não gostei do primeiro médico que me viu na urgência ..."</p>	<p>E6 - " Só quando me internaram houve um enfermeiro que foi um bocado bruto..."</p>
<p>Receios/medos relativos ao internamento</p>	<p>E1 - "não correr bem a recuperação"</p> <p>E2 - "Tive medo de ser operada. E depois de operada tinha medo de me sentar, pensava que os pontos iam rebentar"</p> <p>E3 - "Tenho medo que os pontos rebentem. Tive muitas dores antes de ser operada e pensei que fosse ter menos depois de ser operada,...."</p> <p>E3 - E depois não sabia o que era a anestesia, como é que era...."</p> <p>E4 - "Estava um bocadinho nervosa de entrar para o bloco operatório... Tinha um bocadinho medo da reação de quando acordasse da anestesia... Comecei a chamar pela minha mãe...."</p> <p>E5 - "É que fosse uma coisa mais grave."</p> <p>E7 - "Tenho medo dos exames serem assim um bocadinho difíceis."</p> <p>E13 - "Tive medo antes da operação."</p> <p>E14 - "... Talvez um pouco pensativo em como vai ficar a minha cara."</p> <p>E15 - Se eu realmente tinha apendicite e se tinha de ser operada."</p>	<p>E2 - "Tive medo de ser operada. E depois de operada tinha medo de me sentar, pensava que os pontos iam rebentar"</p>
	<p>E6 - "... mas de resto não tive mais medo."</p> <p>E9 - "...comigo funciona mais a tranquilidade, eu sei que tenho este problema que tem de ser resolvido e deixo-os brincar... estou á vontade."</p> <p>E10 - " ...Não tive medo de ter de ser operada porque eu vinha muito aflita com dores e desde que passasse..."</p> <p>E11 - "Não tenho medo de nada."</p>	<p>E11 - "Não tenho medo de nada."</p>

	E12 - "... não tive medo de ser operada,..."	
	E6 - "Só por causa das picas, tenho pavor..." E10 - "Não sei... eu não tenho medo de agulhas mas como já vinha toda picada e fui novamente picada duas vezes aqui, então esse é o meu único medo." E12 - "Tive medo da pica,..." E15 - "Também tenho medo das picadas,..."	E6 - "Só por causa das picas, tenho pavor..."

Quadro nº 2 - Privacidade

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
Espaço físico	<p>E3 - “É bom...”</p> <p>E4 - “Está bom, a casa de banho é quase ali.”</p> <p>E6 - “Acho que o espaço é bom, é suficiente.”</p> <p>E7 - “Acho bem. Estou mais acompanhada numa enfermaria grande.”</p> <p>E8 - “Estou numa enfermaria de duas pessoas e tem espaço suficiente para duas pessoas.”</p> <p>E9 - “... para os tratamentos penso que é suficiente.”</p> <p>E10 - “É bom.”</p> <p>E11 - “Acho que o espaço é suficiente, é espaçoso e confortável.”</p> <p>E13 - “Em relação ao espaço físico acho que é bom.”</p> <p>E14 - “O espaço é suficiente só gostaria de ir lá para fora.”</p> <p>E15 - “É suficiente...”</p>	E6 - “Acho que o espaço é bom, é suficiente.”
	<p>E4 - “Podia ser um bocadinho maior, e casa de banho no quarto, mas a casa de banho é quase ali.”</p> <p>E5 - “acho que há poucas mesas,... A única coisa é mesmo as mesas de refeição...”</p> <p>E9 - “Para as minhas visitas tem de ser mais espaçoso...”</p> <p>E11 - “ A minha avó poderia ter uma cama para ficar de noite.”</p> <p>E12 - “Não encontro grandes obstáculos, só gostaria que fosse mais alargado para me movimentar com a cadeira de rodas.”</p> <p>E13 - “Acho que é muito quente... Não gostava de estar num quarto com cortinas a dividir.”</p>	E12 - “Não encontro grandes obstáculos, só gostaria que fosse mais alargado para me movimentar com a cadeira de rodas.”
	<p>E1 - “quando estive numa enfermaria de 3 pessoas foi mau...porque os outros colegas de quarto não estavam muito bem e eu estava logo na primeira cama junto à porta.”</p>	E1 - “quando estive numa enfermaria de 3 pessoas foi mau...”
Relações interpessoais com pessoas mais velhas	<p>E2 - “Estou cá bem e dou-me bem com todas.”</p> <p>E3 - “A Sra que está comigo é simpática, teve a falar comigo, também teve nas urgências comigo...”</p> <p>E5 - “Sinto-me bem como se fosse outra pessoa qualquer. “</p> <p>E7 - “Encontro-me bem, porque eu estou habituada com pessoas mais velhas. Vou conversando com elas...”</p> <p>E8 - “Sinto-me bem, pois as pessoas estão aqui nas mesmas circunstâncias que eu.”</p> <p>E9 - “Eu dou-me bem com toda a gente e são pessoas conversadoras por isso me sinto bem.”</p> <p>E10 - “Sinto-me bem. As senhoras até gostam de conversar comigo... Se tivesse com pessoas que não falassem arranjava outras coisas para fazer.”</p> <p>E11 - “... se estivesse com pessoas mais velhas seria igual.”</p> <p>E12 - “Dou-me bem com elas, não tenho qualquer problema.”</p> <p>E15 - “Foi bom, estive ao pé duma senhora conversadora que me tratou bem, cuidou de mim...”</p>	E8 - “Sinto-me bem, pois as pessoas estão aqui nas mesmas circunstâncias que eu.”
	<p>E1 - “Mais ou menos, as pessoas podiam ser mais sociais... e aquelas pessoas já estavam velhas e já lá estavam à tanto tempo que já não falavam”</p> <p>E4 - “Podia não fazer muita diferença, mas...não não me sentia tão à vontade.”</p> <p>E13 - “Eu estou sozinha, mas acho que não gostaria de estar com pessoas mais velhas.”</p> <p>E14 - “...prefiro estar sozinha.”</p>	E13 - “Eu estou sozinha, mas acho que não gostaria de estar com pessoas mais velhas.”
	<p>E6 - “Claro que preferia pessoas da minha idade, com pessoas mais velhas não dá para ter aquelas conversas...”</p>	E6 - “Claro que preferia pessoas da minha idade, com pessoas mais velhas não dá para ter aquelas conversas...”
Isolamento	<p>E1 - “Não, porque custa a passar o tempo...”</p> <p>E2 - “Não, porque num quarto sozinha ainda apanhava mais seca.”</p> <p>E3 - “Não...porque não gosto de estar sozinha e assim tenho</p>	E12 - “Não. Porque

	<p>sempre companhia.”</p> <p>E7 - “Não. Porque apanhava ainda mais seca.”</p> <p>E10 - “Não. Porque eu gosto de conviver com as pessoas.”</p> <p>E12 - “Não. Porque prefiro estar acompanhada para conversar...”</p>	<p>prefiro estar acompanhada para conversar...”</p>
	<p>E4 - “Tive a sorte de estar num quarto sozinha, também para a minha mãe poder estar junto de mim.”</p> <p>E5 - “Sim. Porque estava mais à vontade e podia fazer o que quisesse... e não chateava ninguém.”</p> <p>E8 - “É evidente que qualquer pessoa gostava porque se assemelha mais ao nosso quarto...”</p> <p>E13 - “Claro que sim, com a minha mãe.”</p> <p>E14 - “Já estou num quarto sozinha e sem dúvida que prefiro.”</p> <p>E15 - “Sim. Tinha o meu espaço.”</p>	<p>E14 - “Já estou num quarto sozinha e sem dúvida que prefiro.”</p>
	<p>E6 - “Talvez.... Mas, se eu estivesse num quarto onde estou só que com pessoas da minha idade, para mim era-me igual.”</p> <p>E9 - “Às vezes sim outras vezes não, é bom quando se tem companhia, quando se vão embora e para combater a solidão tenho o computador.”</p> <p>E11 - “É igual, não me faz qualquer diferença estar acompanhado ou sozinho.”</p>	<p>E11 - “É igual, não me faz qualquer diferença estar acompanhado ou sozinho.”</p>
<p>Presença de objetos pessoais</p>	<p>E1 - “Deixaram-me ficar com tudo... e não senti falta de nenhum... Tinha o meu computador, televisão e a PSP”</p> <p>E3 - “Tenho comigo o telemóvel e o computador e é o suficiente.”</p> <p>E5 - “Não. Deixaram-me trazer tudo, telemóvel, computador, MP4, revistas. Não sinto falta de mais nada.”</p> <p>E6 - “O telemóvel é o essencial. Não sinto falta de mais nada.”</p> <p>E7 - “Tenho o telemóvel, o computador e não sinto de mais nada. Tenho televisão no fundo das enfermarias.”</p> <p>E10 - “Tenho só os meus telemóveis. O computador preferi não trazer... não sinto falta de mais nada.”</p> <p>E11 - Tenho o meu telemóvel comigo,.... Não sinto falta de mais nada. Não sou muito de estar agarrado ao computador por isso não me faz grande falta. A televisão também não me faz falta...”</p> <p>E13 - “O telemóvel, sim. Não preciso de mais nada, estou cá pouco tempo e vou lendo umas revistas. Se tivesse mais tempo deixavam-me trazer uma TV.”</p>	<p>E1 - “Deixaram-me ficar com tudo... e não senti falta de nenhum... Tinha o meu computador, televisão e a PSP”</p>
	<p>E2 - “Trouxe só o telemóvel e mais nada. Precisava de um computador mas como só tenho um fixo... também gostava de uma TV.”</p> <p>E4 - “Deixaram-me ter o telemóvel e sinto falta do computador porque não trouxe, e também a televisão.”</p> <p>E8 - “Permitiram ter o telemóvel, computador e senti falta de uma televisão.”</p> <p>E9 - “Sim, deixam-me ter tudo comigo. Senti falta da televisão...”</p> <p>E12 - “O telemóvel e um livro. Gostaria de ter uma televisão...”</p> <p>E14 - “O telemóvel e a PSP. Não tenho computador..., mas gostava de o ter cá. Acho que aqui devia de estar uma televisão.”</p> <p>E15 - “No início não tinha cá nada, mas depois a minha mãe trouxe-me. Gostava que houvesse cá uma TV. Em relação ao computador a minha mãe não trouxe porque estava a pensar ficar cá pouco tempo.”</p>	<p>E4 - “Deixaram-me ter o telemóvel e sinto falta do computador porque não trouxe, e também a televisão.”</p>
<p>Prestação dos cuidados de enfermagem</p>	<p>E1 - “Durante os pensos, tapam as cortinas. A casa de banho era privada”</p> <p>E2 - “Fechavam a porta e só ficava a enfermeira que me estava a fazer o penso.”</p> <p>E3 - “Sim, respeitam. Quando me fazem o penso, os enfermeiros fecham sempre a porta.”</p> <p>E4 - “Sim, respeitam. Como estou num quarto sozinha essa privacidade é respeitada.”</p> <p>E5 - “Uns são mais atenciosos que outros,... veio cá uma enfermeira... foi até atenciosa.”</p> <p>E6 - “Sim. Eu prefiro sempre que seja uma mulher a cuidar de mim.”</p> <p>E7 - “Nomeadamente durante a Ecografia que fiz, respeitaram sempre a privacidade.”</p> <p>E8 - “Sim. Sempre.”</p> <p>E9 - “Sim. Puxam as cortinas quando me davam banho e não me expõem muito.”</p>	<p>E2 - “Fechavam a porta e só ficava a enfermeira que me estava a fazer o penso.”</p>

	<p>E10 - “Comigo ainda não foi necessário, mas fazem com outras pessoas porque é uma questão de intimidade. E eu acho que têm isso em conta.”</p> <p>E11 - “Sim. Respeitam.”</p> <p>E12 - “Sim. Fecham as portas. Quando nos levam ao banho deixam-nos à vontade e depois no fim batem à porta.”</p> <p>E13 - “Sim.”</p> <p>E14 - “Sim. Respeitam-me quando vou tomar banho.”</p> <p>E15 - “Foi, quando fui fazer Ecografia taparam-me a cortina. Na urgência é que não,...”</p>	
--	--	--

Quadro nº 3 - Situação de doença

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
<p>Expetativas relativamente à situação de doença</p>	<p>E1 - “Choque, pânico, medo.” E2 - “Queria ir para casa, tive medo...” E2 - “...durante a operação tive receio de morrer.” E7 - “Senti uma sensação esquisita...um bocadinho incomodada e com medo...” E12 - “Fiquei um bocado mal porque não estava mentalmente preparada para ser já operada. Apanhou-me desprevenida... Foi de revolta.” E13 - “... fiquei com receio da operação.” E14 - “Senti uma grande seca porque tenho de ficar aqui fechado.” E15 - “Não queria. Era a primeira vez, estava com medo.”</p>	<p>E1 - “Choque, pânico, medo.”</p>
	<p>E4 - “ O Dr. Depois também me disse que eu ia ficar cá, que podia sair no mesmo dia ou que podia sair no dia a seguir e que não era uma coisa que se prolongasse muito.” E8 - “Não achei lá muita piada porque... pronto é estar fechado num local que não nos é habitual. Mas sabendo que é para recuperar tem de ser.” E9 - “Foi diferente, porque não conseguia respirar e entrei logo e meteram-me logo o dreno. Eu sabia que ia ficar... e não foi nada de estranho, foi tentar selecionar o meu problema, nem deu para pensar.” E11 - “Eu já sabia que tinha de cá ficar, porque me estava a sentir mal, sem conseguir respirar. E assim tive de me mentalizar para ficar bom.” E10 - Fiquei tão contente...eu só dizia à minha mãe que eu queria ficar porque eu queria que me resolvessem o meu problema.”</p>	<p>E10 - Fiquei tão contente...eu só dizia à minha mãe que eu queria ficar porque eu queria que me resolvessem o meu problema.”</p>
	<p>E3 - “... Porque não queria ficar sozinha e não sabia como é que era ficar aqui...” E5 - “Que já não ia para casa... que ia ficar aqui sozinho, durante a noite inteira, senti-me um pouco sozinho.” E7 - “ Que ia ficar separada da minha família, que não podia estar o tempo que estava com eles... sozinha.”</p>	<p>E7 - “ Que ia ficar separada da minha família, que não podia estar o tempo que estava com eles... sozinha.”</p>
	<p>E3 - “... queria ir embora, que não queria ficar cá. ..., fiquei triste.” E6 - “Comecei a chorar, fiquei triste. E pensei que tinha de faltar às aulas, mas agora já estou mais mentalizada.”</p>	<p>E6 - “Comecei a chorar, fiquei triste. E pensei que tinha de faltar às aulas, mas agora já estou mais mentalizada.”</p>
<p>Atitudes terapêuticas</p>	<p>E1 - “ o Dr.... de 2 em 2 dias, de 3 em 3” E2 - “Só me perguntaram se eu tinha dores e vinham-me ver o penso.” E4 - “O médico explicou-me tudo. Disse que não ia sentir nada.” E5 - “Não, só falaram hoje... estava cá uma médica a dizer que as análises já estavam melhor, sem ser isso... não disseram mais nada. E ouve outra médica que me disse que já estava com os olhos menos amarelos. Talvez dia um de Fevereiro já me dão alta, foi o que me disse a enfermeira.” E6 - “Sim. O médico daqui não, mas houve outros médicos que falaram. Disseram que a minha doença estava estabilizada, só que voltou a reativar.” E6 - “A frequência é quando vou ao hospital, quando vou às consultas e aqui também.” E7 - “Só me disseram que ia fazer uns exames, mas têm-me explicado tudo.” E8 - “Sim falaram, mas talvez um pouco mais com a minha mãe.</p>	<p>E10 - “Sim. A Dra. na sexta feira veio falar comigo, a dizer que eu fazer um TAC e que com as análises estava tudo bem... E de manhã vem sempre uma enfermeira ao pé de mim a perguntar como é que eu estou. E o enfermeiro chefe também vem sempre ao pé de mim.”</p>

	<p>Comigo simplificaram um pouco mais. Acho que na hora de falar da doença deviam falar um pouco mais.”</p> <p>E9 - “Sim. Quando ia ao RX eles falavam sempre comigo de como é que estava, comigo e com os meus pais.”</p> <p>E10 - “Sim. A Dra. na sexta feira veio falar comigo, a dizer que eu fazer um TAC e que com as análises estava tudo bem... E de manhã vem sempre uma enfermeira ao pé de mim a perguntar como é que eu estou. E o enfermeiro chefe também vem sempre ao pé de mim.”</p> <p>E11 - “Falam e dizem-me que tenho de deixar de fumar. A médica disse-me que iria ficar cá até amanhã.”</p> <p>E12 - “Não ainda não. Só vieram os médicos a dizer para não mexer muito a perna, para não a esticar demasiado. Também me falaram como é que correu a cirurgia.”</p> <p>E13 - “Não, ainda não. Só os enfermeiros me disseram para comer gelados que me fazia bem.”</p> <p>E14 - “Vão falando comigo, ainda não sei quando é que vou ter alta.”</p>	
	<p>E3 - “Não falaram mas eu preciso de saber se amanhã ainda levo os pontos e assim... e se posso comer tudo, se não posso... e tenho muitas dúvidas e acho que em relação a isso não tem sido assim tão bom.”</p> <p>E5 - “Não, só falaram hoje... estava cá uma médica a dizer que as análises já estavam melhor, sem ser isso... não disseram mais nada. E ouve outra médica que me disse que já estava com os olhos menos amarelos. Talvez dia um de Fevereiro já me dão alta, foi o que me disse a enfermeira.”</p> <p>E15 - “Sim. Só os médicos é que falharam porque... não apareceram, só no outro dia de manhã.”</p>	<p>E3 - “Não falaram mas eu preciso de saber se amanhã ainda levo os pontos e assim... e se posso comer tudo, se não posso... e tenho muitas dúvidas e acho que em relação a isso não tem sido assim tão bom.”</p>
Manifestações da patologia	<p>E3 - “Foi as dores, e não conseguia dormir nem nada.”</p> <p>E6 - “Só mesmo as dores.”</p> <p>E13 - “..., a parte do acordar e ter dores.”</p> <p>E14 - “É quando me limpam a cara e me põem o creme. Também as dores.”</p> <p>E15 - “Foi o soro e as picadas.”</p>	<p>E6 - “Só mesmo as dores.”</p>
	<p>E5 - “Eu acho que não houve nenhuma.”</p> <p>E7 - “Até agora não foi nenhuma.”</p> <p>E9 - “Aqui não foi nenhuma. Em Coimbra foi tirar os drenos, mas foi só isso.”</p> <p>E10 - “Nenhuma.”</p> <p>E11 - “Nenhuma,...”</p>	<p>E7 - “Até agora não foi nenhuma.”</p>
	<p>E1 - “Saber que ia ser operado e que não houve recuperação com a drenagem”</p> <p>E4 - “A parte em que já tinha acabado de ser operada e houve um momento em que eu acordei quando estava a vir para cá. “</p> <p>E8 - “Foi no final da operação tirar os drenos, isso foi a parte mais complicada.”</p> <p>E13 - “A operação, a parte do acordar e ter dores.”</p>	<p>E1 - “Saber que ia ser operado e que não houve recuperação com a drenagem”</p>
	<p>E2 - “Foi o estar na cama e não ter nada para fazer.”</p>	<p>E2 - “Foi o estar na cama e não ter nada para fazer.”</p>
	<p>E12 - “Fazer xixi na arrastadeira.”</p>	<p>E12 - “Fazer xixi na arrastadeira.”</p>

Quadro nº 4 - Crítica ao serviço de adulto

Categorias	Unidades de Registo	Unidade de Registo selecionada
Aspetos positivos do serviço de adulto	<p>E1 - “Simpatia das empregadas... conforto... enfermeiras comunicativas,...”</p> <p>E3 - “As pessoas são simpáticas. Foi bom para mim, apesar de eu não gostar. Eu não queria cá estar mas as coisas tornaram-se mais fáceis, pelas pessoas serem assim. Sou bem tratada, ah, mas fiquei com fome.”</p> <p>E4 - “... é que os enfermeiros têm sempre aquele cuidado... Estamos num sitio em que sabemos que não nos vai acontecer nada, que em casa não temos...sinto-me mais segura aqui.”</p> <p>E5 - “... Alguns funcionários são simpáticos...”</p> <p>E6 - “A simpatia das enfermeiras,...”</p> <p>E7 - “As pessoas curadas,...”</p> <p>E8 - “Um bom apoio dos enfermeiros,...”</p> <p>E9 - “A força que os enfermeiros dão,...”</p> <p>E11 - “Os enfermeiros,...”</p> <p>E12 - “As pessoas são simpáticas, ajudam, acho que há qualidade..., e fazem os possíveis para termos o mínimo de dor.”</p>	E6 - “A simpatia das enfermeiras,...”
	<p>E2 - “..., a hora do comer é que eu gosto muito de comer,...”</p> <p>E10 - “... Outro aspeto positivo é a comida...”</p> <p>E11 - “... e a comida.”</p> <p>E12 - “A comida é boa.”</p> <p>E14 - “... e a comida.”</p> <p>E15 - “..., a comida foi boa.”</p>	E15 - “..., a comida foi boa.”
	<p>E1 - “...o acesso à Internet”</p> <p>E2 - “tinha uma colega do lado que tinha um computador,...”</p> <p>E5 - “..., a Internet..., até é grátis.”</p> <p>E6 - “... o acesso à Internet,...”</p> <p>E9 - “... poder usufruir do computador....”</p>	E5 - “..., a Internet..., até é grátis.”
	<p>E1 - “...o conforto...”</p> <p>E14 - “Confortável,...”</p> <p>E5 - “A cama tinha aqui interruptores para subir e descer,...”</p> <p>E11 - “..., a cama é boa porque é articulada...”</p> <p>E13 - “... e gosto da cama porque é articulada.”</p>	E13 - “... e gosto da cama porque é articulada.”
	<p>E8 - “... a família poder estar presente...”</p> <p>E11 - “... ter a presença constante da minha avó,...”</p> <p>E13 - “... ter a minha mãe comigo...”</p> <p>E15 - “A minha mãe poder estar comigo...”</p>	E15 - “A minha mãe poder estar comigo...”
	<p>E7 - “... o facto de poder trazer os meus objetos pessoais...”</p> <p>E8 - “... e poder usufruir de objetos pessoais.”</p>	E7 - “... o facto de poder trazer os meus objetos pessoais...”
	<p>E4 - “... Estamos num sitio em que sabemos que não nos vai acontecer nada, que em casa não temos...sinto-me mais segura aqui.”</p>	E4 - “... Estamos num sitio em que sabemos que não nos vai acontecer nada, que em casa não temos...sinto-me mais segura aqui.”
	<p>E2 - “...e o calor no serviço.”</p>	E2 - “...e o calor no serviço.”
	<p>E6 - “... as condições de limpeza.”</p> <p>E14 - “... o saneamento...”</p>	E6 - “... as condições de limpeza.”
	<p>E13 - “O silêncio...”</p>	E13 - “O silêncio...”
	<p>E2 - “... que podia ter o telemóvel...”</p>	E2 - “... que podia ter o telemóvel...”

	E10 - “Socializar com pessoas novas independentemente das idades, o meio ambiente...”	E10 - “Socializar com pessoas novas independentemente das idades, o meio ambiente...”
Aspetos negativos do serviço de adulto	E3 - “Não gosto de iogurtes e vinha sempre iogurtes...” E4 - “... e a comida não é boa, canja fria, sem sal.” E5 - “...Outro aspeto negativo é a comida, podia ser um bocadinho melhor...” E6 - “Só comi bolachas porque a canja era só água...” E7 - “A comida vem um bocadinho insonsa.” E8 - “.. a comida de peixe não presta...” E9 - “a comida, dá para desenrascar.” E13 - “... gostava de comer comida como deve ser...”	E5 - “...Outro aspeto negativo é a comida, podia ser um bocadinho melhor...”
	E5 - “houve uma médica que não era assim muito simpática.” E5 - “Os profissionais podiam ser mais atenciosos...” E6 - “o chefe ser mal encarado.” E8 - “... e o enfermeiro chefe que foi um pouco distante para comigo, não se preocupou muito comigo, mas sim em falar da minha doença aos outros enfermeiros.” E15 - “... o primeiro médico que me viu...”	E8 - “... e o enfermeiro chefe que foi um pouco distante para comigo, não se preocupou muito comigo, mas sim em falar da minha doença aos outros enfermeiros.”
	E1 - “Televisão em todos os quartos e falta de outros entretenimentos para ajudar a passar o tempo.” E5 - “... e outro era ter uma televisãozinha nem que fosse pequena.” E14 - “Não ter TV...” E15 - “...e não haver TV no quarto.”	E1 - “Televisão em todos os quartos e falta de outros entretenimentos para ajudar a passar o tempo.”
	E3 - “... e estar sempre aqui sozinha. Estive sempre aqui sozinha, só hoje é que a Sra. veio.” E4 - “...é que a partir de uma idade não deixam estar ninguém connosco, também estamos longe de casa...” E14 - “... estar aqui sozinho, sem sair.”	E14 - “... estar aqui sozinho, sem sair.”
	E10 - “...não encontro nada negativo.” E11 - “Não há.” E12 - “Não tenho aspetos negativos.”	E12 - “Não tenho aspetos negativos.”
	E2 - “A fazer xixi me doía, tinha medo que os pontos rebentassem quando me sentava e outra era que ao deitar me custava.” E3 - “As dores...”	E3 - “As dores...”
	E5 - “As casas de banho podiam ser mais renovadas, podiam ter umas coisas de borracha, os doentes podem escorregar..., o chuveiro podia pendurar-se no teto...”	E5 - “As casas de banho podiam ser mais renovadas, podiam ter umas coisas de borracha, os doentes podem escorregar..., o chuveiro podia pendurar-se no teto...”
	E8 - “Os pijamas, não gosto dos pijamas...”	E8 - “Os pijamas, não gosto dos pijamas...”
	Possibilidade de internamento na pediatria	E1 - “Sim se houvesse pessoas mais da minha idade e também tive uma boa experiência no serviço de pediatria...” E2 - “Preferia estar na pediatria porque lá tínhamos o computador numa sala e também o facto de haver televisão na enfermaria. Também gostava de falar com os bebés.” E3 - “Preferia lá estar porque gosto muito de crianças, e como não tenho irmãos, gosto muito de estar com pequeninos.” E4 - “Nunca estive internada, mas...há mais crianças e acho que gostava muito,... as razões porque estamos internados são diferentes. Há lá crianças e se fosse com um problema maior, não seria tão bom,... Mesmo na pediatria,...não havia de haver tanta ligação com as crianças mais doentes.” E5 - “Sim mas acho que gostava de estar na pediatria, seria menos aborrecido.” E6 - “Preferia, tinha pessoas da minha idade e também adoro bebés.” E7 - “Sim para poder conviver com mais pessoas da minha idade.”

	<p>E8 - “Penso que vai ser útil porque a maior parte dos adolescentes está muito ligado ao computador e como os há na pediatria penso que será uma coisa agradável.”</p> <p>E9 - “Não conheço, mas acho que seria bom. O modo de falar seria diferente.”</p> <p>E10 - “Se eu fosse para lá eu não me importava, primeiro porque eu gosto muito de crianças e de lidar com elas...”</p> <p>E12 - “Não me sinto mal aqui, mas se estivesse na pediatria o tempo passaria mais depressa, mas acho que gostava.”</p> <p>E14 - “Não sei, nunca lá estive. Mas talvez sim.”</p> <p>E15 - “Eu acho que sim. Não me importava de estar junto de bebés e crianças mais pequenas.”</p>	
	<p>E1 - “Se houvesse outro piso para adolescentes, era o melhor.”</p> <p>E13 - “Se calhar é igual. Gostaria de estar junto de pessoas da minha idade.”</p>	<p>E1 - “Se houvesse outro piso para adolescentes, era o melhor.”</p>
	<p>E10 - “Se calhar até é melhor estar aqui porque... estou aqui também para descansar.”</p>	<p>E10 - “Se calhar até é melhor estar aqui porque... estou aqui também para descansar.”</p>
	<p>E11 - “...para mim seria igual.”</p>	<p>E11 - “...para mim seria igual.”</p>

