



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

A Criança e a Família em Contexto Transcultural

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Isménia de Fátima Gonçalves

LISBOA, Maio de 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

A Criança e a Família em Contexto Transcultural

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

Isménia de Fátima Gonçalves

Sob orientação da Sra. Professora Mestre Margarida Lourenço

LISBOA, Maio de 2011

***“A Multiculturalidade é a riqueza da diversidade e a beleza do
Mundo plural, onde todos têm direito à saúde, à diferença e ao respeito comum...”***

Anônimo



Às crianças, Jovens e famílias em contexto multicultural, âmagô da minha atenção...

Com quem diariamente aprendi...

AGRADECIMENTOS

À minha família mais próxima, por sempre acreditarem em mim e me darem apoio, pela paciência e disponibilidade, por serem os meus mais atentos críticos... em especial à minha mãe pela sua imensa sensibilidade e humildade... ensinou-me a ver com os olhos do coração...

À professora Margarida Lourenço, pela disponibilidade, eloquência, metodologia e conhecimento lógico com que sempre deu as suas orientações tutoriais durante todo o percurso em apreço...

À professora Zaida Charepe pela inestimável colaboração, partilha de saberes e fonte de esperança...

Às senhoras enfermeiras Especialistas Salomé Grilo, Fátima Chumbo, Fátima Ribeiro, Esmeralda Pereira e Patrícia Pedro, pela imensa disponibilidade e generosidade de saber dispensada no nosso acompanhamento em contexto da prática...

Às crianças, jovens e suas famílias, que são elas a razão desta caminhada e com quem todos os dias tive a oportunidade de aprender a ser melhor!

AARN - Associação de Ajuda ao Recém-Nascido

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

EESIP – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EESMO – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EPE – Entidade Pública Empresarial

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

HAQU - Acreditação e Certificação Healthcare Accreditation and Quality Unit

HFF- Hospital Dr. Fernando Fonseca

HSM – Hospital de Santa Marta

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

NIC – Núcleo de Intervenção Comunitária

PALOPs – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RN – Recém-Nascido

RSI - Rendimento Social de Inserção

SA – Sociedade Anónima

SCP – Serviço de Cardiologia Pediátrica

ST – Sala de Triagem

UCIN – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UM – Unidade Móvel

UP – Urgência Pediátrica

USF - Unidades de Saúde Familiar

ABREVIATURAS

Dr – Doutor

Enf^a – Enfermeira

et al – E outros

Mód - Módulo

n^o - Número

p. – Página

pág. – Página

Séc - Século

St^a – Santa

1^a - Primeira

RESUMO

O relatório que ora se apresenta, e que reflecte o percurso desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, resulta de uma análise critico-reflexiva de toda a experiência vivenciada, em contexto da prática, que conduziu à aquisição de competências, na área da EESIP, sustentada pela consolidação de um saber científico, mas também pelo resultado do trabalho de aprendizagem, das actividades desenvolvidas e dos recursos utilizados. Tem como finalidade dar a conhecer os alicerces e as premissas que fundamentam a área temática transversal a todos os estágios – **A Criança e a Família em Contexto Transcultural**, assim como os pressupostos teóricos baseados no modelo transcultural de Madeleine Leininger – pioneira na área da transculturalidade, muito embora façamos também referência a outros autores que consideramos profícuos e que também se notabilizaram nesta temática ou em outras relacionadas. Estabelecemos como objectivo geral/transversal: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem/família, numa perspectiva transcultural, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.

Todo este percurso se desenvolveu em contextos fortemente marcados pela transculturalidade, designadamente, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Oeiras – Mód. I, no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta em Lisboa – Mód. II, na Unidade de Cuidados Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa em Lisboa e na Urgência Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca – Amadora Sintra – Mód. III, onde foi possível mobilizar conhecimentos e experiências anteriores no sentido de salientar a importância da construção de uma enfermagem transcultural, baseada em princípios humanos e científicos. Assim, todas as intervenções desenvolvidas dirigidas à criança/Jovem/família tiveram como base pressupostos de um cuidar culturalmente congruente e sensível. Destas, destacamos a elaboração de documento facilitador da prática de cuidados de enfermagem à criança/família (Ficha de Sinalização de Crianças e Jovens em Situação de Risco ou Perigo), a tradução de quatro Guias de Acolhimento em Crioulo e em Inglês, a elaboração do projecto para implementação de um Grupo de Ajuda Mútua para Pais de Crianças com Doença Crónica.

Palavras-chave: Criança; Família; Transculturalidade; Cuidar culturalmente sensível.

ABSTRACT

This document, developed within the Curriculum Stage Unit, integrated on the Professional Master's Degree in Nursing - area of specialization in Pediatrics and Child Health, results from a critical and reflective analysis of all the experience on the Curriculum Stage Unit, which led to the acquisition of skills on the activities undertaken and resources used, underpinned by the consolidation of scientific knowledge, but also the result of learning work. Its purpose is to raise awareness about the foundation and assumptions that underlie the subject area across all stages - The **Child and Family in Cross-Cultural Context**, as well as Madeleine Leininger's (a pioneer in the field of cross-culturality) theoretical model based on cross-culturality, but we also refer to other authors that are notorious in this and other related themes. We established as a general/transversal objective: developing skills in providing nursing care to children/youth/family in a cross-cultural perspective, within the tasks assigned to EESIP.

This whole way has been developed in contexts marked by strong cross-culturality, namely, at the Oeiras Group Health Centre (ACES), in the Pediatric Cardiology Department - Santa Marta Hospital in Lisbon, at the Neonatal Care Unit - Dr. Alfredo da Costa Maternity in Lisbon and in the Pediatric Emergency Department - Fernando Fonseca Hospital - Amadora Sintra, where it was possible to mobilize knowledge and past experiences in order to emphasize the importance of building a cross-cultural nursing based on scientific and human principles. Thus, all the developed interventions with children, youth and family were based on assumptions of a culturally congruent and sensitive care. Among those interventions, we highlight the preparation of a document that explain the practice of nursing care of children/family (Signs of Children and Youth at Risk or Danger Sheet), four translations of Home Guides to Creole and English, the project planning for implementation of a Mutual Help Group for Parents of Children with Chronic Illness.

Keywords: Child, Family, Cross-culturality; Culturally sensitive care.

0. INTRODUÇÃO	11
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
1.1. ENFERMAGEM TRANSCULTURAL	13
1.2. AS TRANSIÇÕES E A CULTURA	15
1.3. A COMUNICAÇÃO NO CUIDAR TRANSCULTURAL	16
1.4. PERSPECTIVA DEONTOLÓGICA DA ENF. TRANSCULTURAL	17
1.5. CUIDAR TRANSCULTURAL CENTRADO NA FAMÍLIA	18
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PLANO DE ACTIVIDADES	20
2.1. SAÚDE TRANSCULTURAL NA COMUNIDADE	21
2.1.1. O Voluntariado na Comunidade	21
2.1.2. Intervenção Comunitária Transcultural – ACES Oeiras	24
2.2. VIAGEM SEM REGRESSO... EM BUSCA DA SAÚDE!	33
2.3. PAIS SOLIDÁRIOS... CORAÇÕES REPLETOS DE AMOR!	42
2.4. IGUAIS OU DIFERENTES? O DIREITO À DIFERENÇA	49
3. CONCLUSÃO	55
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	62
Anexo I- Relatório da Formação “RN Prematuro Realidade Hospitalar Articulação com os ACES”	63
ANEXO II – Filme “O Pequeno Grande Herói”	113
ANEXO III – Manual de Suporte à Consulta de Vigilância de Saúde do RN Prematuro	117
ANEXO IV – Relatório da Formação “Como Proteger as nossas Crianças e Adolescentes”	129
ANEXO V – Panfleto “Como Proteger as nossas Crianças e Adolescentes”	161
ANEXO VI – Ficha de Sinalização – Crianças/Jovens em Situação de Risco/Perigo	165

ANEXO VII – Relatório do Dia Internacional da Criança.....	175
ANEXO VIII – Análise do Número de Crianças Admitidas no SCP – Ano: 2009.....	189
ANEXO IX – Guia de Acolhimento para Pais: Traduzido para Crioulo e Inglês / Guia de Acolhimento ao Adolescente: Traduzido para Crioulo e Inglês.....	193
ANEXO X – Carta Terapêutica: “Diploma de Bom Comportamento”	196
ANEXO XI – Relatório da Formação “Cuidar em Contexto Multicultural”	200
ANEXO XII – Reflexões sobre a Prática: “A Importância da Comunicação na Relação Terapêutica” e “Comunicar uma Má Notícia”	234
ANEXO XIII – Folheto Informativo – Consulta de Cooperação Internacional.....	248
ANEXO XIV – Formulário GAM – MAC.....	252
ANEXO XV – Tratamento de Dados do Formulário GAM – MAC.....	256
ANEXO XVI – Projecto GAM.....	260
ANEXO XVII – Relatório da Formação “A Doença Crónica e Suas Implicações na Família - GAM”	280
ANEXO XVIII – Relatório da Formação “A Doença Crónica e Suas Implicações na Família/GAM - Pais”	320
ANEXO XIX – Trabalho - “A Cultura Cigana”	352
ANEXO XX – Relatório da Formação “A Cultura Cigana”	378
ANEXO XXI – Livro de Bolso “Aspectos Significativos das Diferentes Religiões” ...	410
ANEXO XXII – Lei nº 105/2001 – Mediador Sócio-Cultural.....	418
ANEXO XXIII – Formulário – Mediador Cultural.....	422

0. INTRODUÇÃO

O relatório que ora se apresenta tem como finalidade dar cumprimento ao perfil de competências do plano de estudos do 3º Curso de Mestrado de Natureza Profissional e Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Unidade Curricular Estágio e consiste numa análise crítica e reflexiva, de toda a experiência vivenciada, que conduziu ao reforço e cimentação dos conhecimentos detidos e à aquisição de novos fundamentos e competências, sustentada pela consolidação de um saber científico, mas também pelo resultado da pesquisa, cuidada análise, interpretação dos dados monitorizados e especificamente recolhidos para aprendizagem assim como das actividades desenvolvidas e dos recursos utilizados. Pretende também dar a conhecer os alicerces e as premissas que fundamentam a temática transversal a todos os estágios – **A Criança e a Família em Contexto Transcultural**. Será conceptualizado de acordo com os pressupostos teóricos da Teoria de Enfermagem, desenvolvida por Madeleine Leininger (pioneira na área da transculturalidade), muito embora façamos referência a outros autores que se notabilizaram nesta temática ou noutras relacionadas.

É inevitável a tendência cada vez maior para a movimentação de pessoas por todo o mundo que com elas levam a sua cultura e os seus costumes. Por esta razão, como defende LEININGER (1998), o nosso mundo vem sofrendo alterações significativas a diversos níveis à medida que nos tornamos mundo global com múltiplas culturas [...] que comunicam, interagem e partilham recursos humanos e materiais em diferentes áreas geográficas.

O fenómeno imigratório tem assumido em Portugal grande relevância, não só pelas proporções que atingiu, como pela grande diversidade cultural que configura, e que é necessário saber gerir e integrar. Por outro lado comporta riscos, associados a situações de ilegalidade e de vivências precárias, que podem conduzir a situações de extrema miséria, doenças e, até à marginalidade. As migrações internacionais podem por isso ser consideradas um dos maiores desafios de saúde pública actual, a nível mundial (DIAS & GONÇALVES, 2007). Este desafio é também para os enfermeiros, que nas suas intervenções de enfermagem autónomas lhes compete estar atentos, não podendo ignorar os problemas da diversidade, do pluralismo e da multiculturalidade, que *“impõem desenvolver uma competência social, cultural, pedagógica e comunicacional construída [...] no equilíbrio entre o universal e o singular”* (RAMOS, 2001, p. 156).

Ainda de acordo com o Estatuto Profissional e consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, é reconhecida ao Enfermeiro Especialista “[...] *competência específica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (REPE, 1996).

Todo este percurso em apreço se desenvolveu em três Módulos de estágio que decorreram no período compreendido entre 19/04/10 e 28/01/11, em contextos fortemente marcados pela transculturalidade, e/ou onde decorriam projectos nesta área o principal motivo pelo qual foram escolhidos, designadamente, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Oeiras – Mód. I, no Serviço de cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta em Lisboa – Mód. II, na Unidade de Cuidados Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa em Lisboa e na Urgência Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca – Amadora Sintra – Mód. III, onde foi possível mobilizar conhecimentos e experiências anteriores no sentido de salientar a importância da construção de uma enfermagem transcultural, baseada em princípios humanos e científicos. Neste sentido, e tendo como fio condutor a área temática, todas as intervenções desenvolvidas dirigidas à criança, jovem e família tiveram como base propósitos de um cuidar culturalmente congruente e sensível.

Assim, delineámos como objectivos gerais transversais a todos os locais de estágio, os seguintes:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem/família, numa perspectiva transcultural, no âmbito das funções atribuídas ao enfermeiro especialista em SIP;
- Conhecer os recursos existentes nos diferentes estudos clínicos/estágios, face à promoção da saúde transcultural.

Considerando a relevância que atribuímos a este processo formativo quer no que se refere à apropriação e actualização de saberes, quer no aprimoramento de competências e comportamentos, no cuidar da criança/jovem/família em contexto cultural, organizámos a estrutura deste relatório nos seguintes capítulos: no primeiro, abordámos a fundamentação teórica relacionada com a temática da transculturalidade; no segundo capítulo fizemos a descrição e análise crítica das actividades desenvolvidas e no terceiro de forma breve apresentámos as conclusões.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica é essencial para o desempenho sustentado da prática com pressupostos baseados na evidência científica. Pois só assim poderemos fundamentar as nossas tomadas de decisão, no nosso quotidiano.

1.1. A ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

As tradições, os valores e as crenças de cada indivíduo, ou grupo cultural, podem influenciar as suas concepções de saúde e doença, assim como a resposta às intervenções de enfermagem. É por esta razão que os enfermeiros têm de se preocupar em prestar cuidados individualizados e sensíveis, independentemente da cultura, tendo em conta a actual sociedade transcultural.

A teórica Madeleine Leininger foi a fundadora da enfermagem transcultural e desenvolveu a teoria – Cuidar cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. Esta teoria permite-nos identificar as diferenças e as semelhanças na prestação de cuidados nas diferentes culturas do mundo e tem como objectivo fornecer conhecimentos capazes de proporcionar aos enfermeiros a capacidade de prestar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes.

As teorias da enfermagem são essenciais, não só para orientar a reflexão e a acção dos enfermeiros, mas sobretudo para desvendar fenómenos desconhecidos ou mal conhecidos, de forma a permitir o progresso da enfermagem enquanto conhecimento disciplinar e enquanto prática profissional apta a proporcionar cuidados de saúde cada vez mais aperfeiçoados (LEININGER, 1998).

O objectivo da teoria é fornecer um cuidar culturalmente coerente e responsável que seja razoavelmente adequado às necessidades da cultura, valores, crenças e realidades da forma de estar de cada pessoa.

São vários os principais pressupostos que sustentam a teoria desenvolvida por Leininger, no entanto, referimos apenas os que nos parecem mais relevantes, para uma melhor compreensão dos aspectos multiculturais no cuidar transculturalmente sensível:

- “O cuidar cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem.

- *A enfermagem é uma disciplina e profissão humanística e científica de cuidar transcultural com o objectivo principal de servir os seres humanos por todo o mundo.*
- *Os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas por e tendem a estar englobadas na visão do mundo, na língua, no contexto religioso (ou espiritual)[...], etno-histórico e ambiental de uma cultura específica.” (WELCH, 2004, p. 573).*

Segundo a mesma autora, uma previsão importante da sua teoria é que a saúde ou o bem-estar podem ser previstos a partir das dimensões epistémicas e ontológicas do cuidar cultural.

De acordo com LEININGER, citada por WELCH (2004, p. 571), podemos definir cultura como *“os valores, as crenças, normas e modos de vida apreendidos, partilhados e transmitidos pertencentes a um grupo específico que orienta o seu pensamento, decisões e acções de formas padronizadas”*. Na organização de uma sociedade a cultura permite definir os papéis sociais dos indivíduos. Os valores culturais, que podem ser traduzidos em normas e códigos sociais, intervêm nas escolhas e nos julgamentos e influenciam a harmonia ou a desordem social. Por outro lado o etnocentrismo, que RILEY (2004, p. 60), descreve como *“a tendência universal que todas as pessoas têm para pensar que a forma como pensam, actuam e se comportam é a única forma certa e natural”*, é outro aspecto importante uma vez que os enfermeiros devem compreender que os seus padrões de cultura não são necessariamente os melhores para os utentes, que possuem também uma herança cultural.

Outro dos factores de grande influência numa cultura é a fé dos seus membros. A orientação religiosa de uma família dita os códigos de moralidade e influencia as suas atitudes em relação à identidade, ao respeito e às crenças. Determina as escolhas e em algumas culturas é a base para um determinado modo de vida.

Relativamente à prestação de cuidados de saúde em contexto multicultural, LEININGER citada por WELCH (2004), considera que o cuidar cultural é a mais vasta teoria de enfermagem, uma vez que tem em conta a totalidade e a perspectiva holística da vida e da existência humana ao longo do tempo, incluindo os factores de enquadramento social, a visão do mundo, a história, os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões da linguagem, os padrões populares e profissionais. Sustenta ainda que o cuidar em contexto cultural *“refere-se aos valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjectiva e objectivamente aprendidas e transmitidas, que*

assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, impedimentos ou morte” (WELCH, 2004, p. 571).

Assim, podemos dizer que o desempenho dos que cuidam implica sempre uma atitude própria: a que permite *caminhar com*. Esta atitude advém de duas etapas indissociáveis e complementares. Em primeiro lugar a do encontro e em segundo, a da caminhada, do percurso feito em comum – o acompanhamento. Tudo isto para dizer que cuidar, numa perspectiva de saúde, significa ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde (HESBEEN, 2001). No entanto a forma como a pessoa se comporta e desenvolve a acção social no seu próprio grupo, implica a sua carga cultural de pertença. O indivíduo aprende, avalia e desenvolve competências congruentes com os valores culturais legitimados pela cultura de referência (MELEIS, *et al*, 2000, citada por ABREU, 2009). Não obstante, é fácil perceber que, se por um lado, esse sentimento não se obtém de imediato nem é imutável, por outro, ele exige qualidades humanas e competências profissionais, que é necessário adaptar e ajustar a cada nova situação.

Concordamos com HESBEEN (2001) quando refere que, a confiança não se limita ao primeiro contacto. Muitas vezes, face à evolução da situação e de acordo com a percepção que a pessoa tem dela, torna-se necessário *voltar atrás*, para recriar laços de confiança ou para os reforçar.

É importante também, considerarmos a relevância das transições no processo saúde/doença das pessoas, uma vez que acontecem nos momentos mais comuns da nossa vida.

1.2. AS TRANSIÇÕES E A CULTURA

Os significados que atribuímos à saúde/doença e as representações e atitudes são influenciados pelo meio sociocultural onde ocorrem as transições. Os contextos pessoais e ambientais que rodeiam o indivíduo condicionam o sentido das transições.

A transição enquanto conceito confere um sentido ou conjunto de sentidos ao trajecto de vida. O termo transição deriva do latim *transitiōne*, significa mudança, acto ou efeito de passar de um estado, período, assunto ou lugar para outro. MELEIS & CHUMACHER, citados por ABREU (2008), desenvolveram em 1994, no âmbito da disciplina de enfermagem o Modelo de Transições – que assenta numa concepção de transição e remete para o conceito de “*transição ecológica*”. Este modelo explora os tipos de

transição, condições e resultados esperados, atendendo sempre a que a transição pode promover ou inibir mudanças no estado de saúde.

De acordo com MELEIS, et al, (2000), existem diversos estudos que investigam vivências de diversidade cultural em populações mais vulneráveis, como por exemplo minorias étnicas ou imigrantes que evidenciam toda a problemática sociocultural com reflexos na área da saúde, explicada através da vivência de múltiplas transições que nem sempre são acompanhadas de processos de adaptação. Para SCHUMACHER & MELEIS (1994), as transições são mudanças muitas vezes dramáticas e é nos pontos de transição de um estado para outro no processo de desenvolvimento familiar, que ocorrem as maiores situações geradoras de stress, principalmente nos momentos de grande instabilidade, insegurança ou rupturas do ciclo vital. As transições permeiam praticamente todos os momentos da vida, desde o casamento, a mudança de emprego, mudança de país, as doenças, etc. É nestas situações vulneráveis que os enfermeiros devem intensificar esforços no sentido de ajudar as famílias a reorganizar os momentos transicionais. A comunicação na relação terapêutica é outro dos aspectos fundamentais no cuidar transcultural.

1.3. A COMUNICAÇÃO NO CUIDAR TRANSCULTURAL

A problemática intercultural está relacionada com o diálogo e a comunicação, com a abertura ao outro, às culturas, às línguas, às relações internacionais, implicando uma abordagem global e interdisciplinar. A comunicação é um fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis as relações. Em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente. A comunicação é portanto um conceito integrador que possibilita reconsiderar e redimensionar os contactos, as relações entre o sujeito e a sociedade, e entre a sociedade e a cultura. O termo comunicação deriva do latim “*communicare*” que significa partilhar, colocar em comum - implica a participação activa dos envolvidos no processo de comunicação, que se torna um curso pluridimensional de informações (RAMOS, 2001).

Na relação terapêutica, a comunicação assume grande significado na interação enfermeiro-utente. Tudo é mais fácil quando é possível o uso da comunicação verbal. Contudo quando tem de se recorrer à comunicação não verbal, por vezes ocorrem contrariedades difíceis de ultrapassar. A maior parte do comportamento não verbal é inconsciente, e portanto mais difícil de controlar. Para BOLANDER (1998), observar a expressão facial, a postura corporal, os gestos e as distâncias individuais do utente podem dar-nos informações muito úteis, como, dor, medo, zanga, tristeza, felicidade, contentamento ou euforia.

No entanto é necessário compreender que as práticas e significados do contacto físico, as características individuais espaciais e de distância, as formas de contacto visual, o significado das expressões faciais e os factores temporais são diferentes de cultura para cultura, pelo que é fundamental um conhecimento abrangente das culturas para agirmos em conformidade com aquilo que o doente nos transmite. Concordamos com RILEY, (2004, p. 6), quando refere que *“a qualquer momento da comunicação interpessoal, enviamos e recebemos mensagens verbais e não verbais de pensamentos e sentimentos. Muitas variáveis afectam a forma como a mensagem é emitida ou recebida durante o complexo processo [...]”*.

O mesmo autor considera que a assertividade é a chave para uma relação bem sucedida entre o enfermeiro e o utente. A assertividade consiste na capacidade de exprimir ideias, pensamentos e sentimentos sem ansiedade. O comportamento assertivo contrasta com o não assertivo ou passivo, em que o indivíduo não tem em conta as suas necessidades ou direitos, e com o comportamento agressivo, que não tem em consideração os direitos dos outros.

Tendo em conta o referido parece-nos também essencial mencionar alguns aspectos legais numa perspectiva deontológica da enfermagem no cuidar transcultural.

1.4. PERSPECTIVA DEONTOLÓGICA TRANSCULTURAL

Neste enquadramento, tendo como princípio orientador da prática profissional de Enfermagem o respeito pelos direitos humanos, o Código Deontológico do Enfermeiro consagra no Artigo 81.º que o enfermeiro assume deveres de salvaguarda dos valores humanos. Define como deveres do enfermeiro neste domínio:

a) “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; e) “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e da filosofia de vida”; f) “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”.

A base XXV da lei de bases da saúde alarga o âmbito dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, para além dos cidadãos portugueses, aos estrangeiros e aos apátridas; pelo que em Portugal os Serviços de Saúde são dirigidos às pessoas, independentemente da sua nacionalidade.

Na Declaração Universal da Unesco Sobre a Diversidade Cultural, no seu ponto nº 3, podemos ler que, é fundamental para a inclusão de pessoas de culturas diferentes *“Favorecer o intercâmbio de conhecimentos e de práticas recomendáveis em matéria de pluralismo cultural, com vista a facilitar, em sociedades diversificadas, a inclusão e a participação de pessoas e grupos advindos de horizontes culturais variados”*.

A crescente presença de pessoas oriundas dos mais variados países, tem contribuído indubitavelmente para a diversidade cultural de Portugal, e também para a necessidade da adequação da lei que tem sido conduzida nesse sentido.

Assim, o enfermeiro assume o dever de identificar os meios adequados de proporcionar cuidados culturalmente congruentes e sensíveis. É igualmente importante que tenha presente o modo como os factores culturais, poderão influenciar os cuidados de enfermagem à criança, família e comunidade.

1.5. CUIDAR TRANSCULTURAL CENTRADO NA FAMÍLIA

A base fundamental dos cuidados em pediatria assenta no cuidar centrado na família, pois esta assume-se como presença constante na vida da criança e assim sendo, ninguém melhor do que os pais, conhecem as necessidades individuais dos seus filhos.

Segundo HOCHENBERRY (2006), o cuidar tendo como âmago a família, é respeitar, colaborar e apoiar, logo, significa estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança, onde as necessidades dos membros da família são tidas em consideração e os padrões de vida são encorajados. O respeito pela família implica que o enfermeiro

respeite e reconheça a diversidade cultural familiar, que poderá condicionar os objectivos e as estratégias.

Também LEININGER na concepção da Teoria da Diversidade do Cuidar Cultural se baseia na crença de que as pessoas de culturas diferentes são capazes de informar e orientar os profissionais no sentido dos cuidados que desejam ou necessitam de receber (WELCH, 2004).

Na parceria de cuidados destacamos Anne Casey que desenvolveu o Modelo de Parceria de Cuidados, aplicável aos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. Este modelo toma a criança como alvo dos cuidados de enfermagem, e assume os pais como parceiros neste processo.

O referido modelo vai ao encontro da teoria transpessoal de Watson, pois valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho. Casey acredita ser fundamental centrar os cuidados em dois pressupostos, na criança internada e na família. A teórica defende que numa primeira fase é importante os enfermeiros desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família (MANO, 2002).

O seu modelo de cuidados engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro pediátrico (FARRELL, 1994), e defende a ideia de que a família é capaz e está desejosa por prestar os cuidados à criança, sendo o papel do enfermeiro de supervisão, intervindo sempre que os cuidados sejam mais especializados. A sua aplicação é facilitada pelo método de organização do trabalho em que existe um enfermeiro responsável, o qual planeia e coordena todos os cuidados prestados à criança e sua família. As estratégias de apoio visam o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho, a qual se dá pelo desenvolvimento da relação de ajuda entre criança, pais e enfermeiro.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A prática quotidiana dos cuidados permite-nos reflectir sobre o significado da experiência enquanto enfermeiros, que por si só não significa necessariamente conhecimento. Por outro lado, a teoria oferece tudo aquilo que pode ser explicitado e formalizado teoricamente, no entanto o que se pretende é que experienciando as duas, possamos analisar de forma interpretativa os vários contextos do estágio, nas mais variadas situações particulares deste percurso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

Outro aspecto a salientar é o desenvolvimento e aquisição de competências, como EESIP (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria). Assim, reportando-nos ao referencial teórico incrementado por BENNER (2001, p. 58) que considera que, “*o domínio de um conjunto especializado de aspectos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito*”, ajuda-nos também a assimilar que o enfermeiro perito “*não se apoia sobre um princípio analítico...para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. ... compreende... de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções...*”. Salienta ainda que “*age a partir de uma compreensão profunda da situação global*”.

O desenvolvimento de competências constitui inferências, indicadores que nos transmitem o que seria o comportamento adequado no cuidar. No entanto não têm carácter definitivo e não é uma questão de tudo ou nada, mas sim uma questão de percurso, de progressão de quem cuida, que se interroga, que evolui, que se (re)questiona e se (re)ajusta (HESBEEN, 2001).

São estes alguns dos princípios norteadores no desenvolvimento crítico/reflexivo, deste relatório, dando assim cumprimento ao plano de estudos da Unidade Curricular Estágio relativamente às actividades desenvolvidas no decurso dos mesmos.

Neste sentido, traçamos os seguintes Objectivos Gerais Transversais a todos os Módulos de Estágio:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem/família, numa perspectiva transcultural, no âmbito das funções atribuídas ao enfermeiro especialista em SIP;
- Conhecer os recursos existentes nos diferentes estágios, face à promoção da saúde transcultural.

2.1. A SAÚDE TRANSCULTURAL NA COMUNIDADE

O estágio na comunidade decorreu no período de 19 a 24 de Abril de 2009 no Banco do Bebê - Maternidade Dr. Alfredo da Costa e de 26 de Abril a 19 de Junho de 2009 no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Oeiras – Sede – Mód. I.

2.1.1. O Voluntariado na Comunidade

A Entidade Banco do bebê - Associação de Ajuda ao Recém-Nascido (AARN), foi criada em 1997 por um grupo de voluntárias que exerciam a sua actividade na Maternidade Dr. Alfredo da Costa desde 1991. Durante todo esse tempo e apercebendo-se dos problemas económicos, sociais e de desenvolvimento que as crianças das famílias utentes da Maternidade enfrentavam no seu dia-a-dia, decidiram criar uma associação que lhes permitisse assegurar uma melhor ajuda.

Posteriormente, em 1998 esta Associação foi formalizada como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) o que permitiu um maior apoio por parte de outras entidades (instituições, empresas e particulares).

Actualmente a AARN organiza o seu trabalho em três grandes áreas, relacionadas com crianças/famílias carenciadas e que os seus bebés tenham nascido na Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

- Voluntariado – Cerca de 70 voluntárias que, por turnos, visitam todos os serviços da MAC, procurando dar apoio às mães e aos recém – nascidos;
- Apoio ao RN e família – As mesmas voluntárias organizam-se por turnos, de forma a dar resposta a todos os pedidos provenientes do serviço social que os encaminha para o Banco do Bebê, pedidos esses extensivos a outras crianças da mesma família. Conseguem ainda incentivar a assiduidade às consultas e a toma

efectiva de medicamentos prescritos, através do pagamento da parte não comparticipada pelo Estado.

O encaminhamento das famílias que podem recorrer à associação é feito pelos enfermeiros dos diferentes serviços da MAC para o serviço social, que faz o rastreio e o respectivo seguimento dos processos para o Banco do bebé.

- Apoio domiciliário - Iniciado em Dezembro de 2002, este projecto é uma parceria da AARN com a Unidade de Neonatologia da MAC, tendo surgido das necessidades sentidas na pós-alta dos bebés prematuros, com longos períodos de internamento, e que nos seus domicílios, continuam a necessitar de assistência para que se minimizem os riscos de sequelas no seu desenvolvimento.

O Apoio Domiciliário é feito por meio de visitas com a periodicidade necessária a cada caso em particular, a uma média de quarenta famílias carenciadas por ano. É dado apoio e formação para que se facultem todos os cuidados ao RN, pelos técnicos da AARN: EESIP, Psicóloga, Fisioterapeuta e Assistente Social. A EESIP não trabalha a tempo inteiro na instituição, dando apenas apoio nos casos mais graves e/ou quando este se entenda pertinente. Toda essa ajuda é dada de forma a capacitar os pais para a sua função paternal, inculcando confiança. Fazem também o acompanhamento das crianças/famílias às consultas e integração em estruturas como centros de saúde, creches, e amas sempre que a situação assim o exija. O Apoio material, passa por fraldas descartáveis, produtos de higiene, roupa, camas, carrinhos, bens alimentares e mobiliário. Existem situações de carências socioeconómicas graves em que é necessário providenciar apoio monetário regular, acesso a empréstimos e doações de materiais para reabilitação das habitações.

A preferência deste campo de estágio relacionou-se, não só com o facto de ser uma entidade que trabalha em parceria com a unidade onde exerço a minha actividade profissional, mas também pelo interesse em conhecer em pormenor todo o seu funcionamento, dinâmica e articulação com outras instituições, mas principalmente pela oportunidade de contribuir e participar no singular trabalho que é dedicadamente incrementado junto da comunidade multicultural da área de influência da MAC.

Assim, para este estágio delineámos como objectivo específico:

- Conhecer a dinâmica organizacional da instituição Banco do Bebê;

Para muitas crianças e famílias, desfavorecidas, na sua maioria imigrantes mas também portuguesas, esta Associação reveste-se de grande importância para as suas vidas, uma vez que assume um papel relevante na comunidade desenvolvendo um trabalho profícuo proporcionando-lhes melhores e mais dignas condições de vida que, não teriam sem a sua intervenção.

Durante os três dias de estágio participamos nas diversas actividades realizadas na AARN, realizadas pelas voluntárias e pela fisioterapeuta. Desde: a) organização e entrega de donativos; b) reuniões e c) visitação domiciliária.

É notável o trabalho realizado pela equipa multidisciplinar, no qual a Enfermeira Especialista desempenha um papel fundamental e imprescindível, que passa pelo diagnóstico e avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem, mas que só é chamada a intervir em situações complexas, dada a inexistência de vínculo laboral com a instituição onde exerce uma actividade qualificada, por dedicação pessoal em regime de voluntariado. Não podemos deixar de referir que seria muito importante a presença constante da EESIP nesta instituição, pois pudemos constatar que, seria oportuna e essencial em várias situações, nomeadamente na visitação domiciliária. As competências e o conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento da criança, a capacidade de avaliar e gerir o seu bem-estar, a perícia em detectar precocemente situações que possam afectar negativamente a vida da criança/família, são algumas das razões. Outro aspecto relevante passa pela intervenção precoce e pela promoção de competências na parceria de cuidados nestas famílias. É no entanto de salientar a preocupação existente na manutenção da articulação entre os profissionais que integram a equipa e com a EESIP, a quem cabe, como é espectável, a avaliação crítica das situações mais diversas e a respectiva orientação técnica no que respeita aos cuidados de enfermagem. Por outro lado, uma grande parte das crianças encaminhadas para a AARN, são prematuros provenientes da Unidade de Neonatologia da MAC, que por vezes apresentam algumas dificuldades no seu desenvolvimento e que *“no seu processo de organização interna, particularmente nos primeiros meses de vida... influenciarão em maior ou menor grau o comportamento interactivo (relação comunicacional do bebé com os seus pais ou com o seu cuidador)...* (GUIMARÃNS et al, 2007, p.30), o

que implica uma maior sensibilidade por parte dos técnicos que cuidam destas crianças/famílias, para a detecção precoce e preventiva.

2.1.2. Intervenção Comunitária Transcultural – ACES Oeiras - Mód. I

O Agrupamento de Centros de Saúde de Grande Lisboa IV - Oeiras é constituído pelos Centros de Saúde de Oeiras e Carnaxide e iniciou a sua actividade como ACES em Março de 2009. O ACES - Oeiras tem como área de influência, 10 freguesias: Algés, Barcarena, Carnaxide, Caxias, Cruz Quebrada-Dafundo, Linda -a -Velha, Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Porto Salvo.

Encontra-se organizado em 6 UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados) e 4 USF (Unidades de Saúde Familiar), que constituem as Unidades Funcionais e que garantem o primeiro acesso aos cidadãos na prestação de cuidados de saúde, assumindo assim relevantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença e articulação com outros serviços para garantir a continuidade dos cuidados. Existe também uma Unidade de Saúde Pública, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, duas UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), um Gabinete do Cidadão e uma Unidade de Apoio à Gestão.

Tem por missão garantir aos cidadãos e à comunidade onde está inserido, uma maior acessibilidade à prestação de cuidados de saúde primários de qualidade e visa a promoção e vigilância da saúde, assim como a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento da doença, e a reabilitação de doentes. Aumenta a efectividade dos programas de intervenção na saúde e desenvolve actividades especificamente dirigidas ao indivíduo, à família, a grupos populacionais particularmente vulneráveis e à comunidade em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Pudemos também observar a boa relação entre as várias equipas, assim como a existência de uma excelente dinâmica de trabalho, onde têm lugar vários momentos de reflexão, quer através de formações, quer através de reuniões frequentes o que lhes permite fazer a avaliação do trabalho desenvolvido, melhorando os aspectos menos conseguidos e melhorando cada vez mais a qualidade nos cuidados de saúde prestados.

As instalações sofreram modificações recentemente, tornando-as mais acolhedoras, e espaçosas o que revela uma enorme preocupação na melhoria da qualidade do conforto

quer para os utentes, quer para os profissionais que lá desenvolvem a sua actividade profissional.

Os cuidados de saúde primários em Portugal, assim como em outros Países da Europa, tendem a ser organizados de forma a criar em cada indivíduo e na comunidade a consciencialização da importância da participação proactiva quer no projecto individual de saúde de cada um, quer em actividades relacionadas com a saúde, tornando-se desta forma mais promotores de saúde. Existem no entanto algumas dificuldades na organização dos cuidados de saúde, por vezes restritos a determinados grupos da sociedade. Dentro desses grupos podemos destacar algumas comunidades imigrantes, que de acordo com FONSECA, et al (2007), por diversos factores, como sejam níveis socioeconómicos mais baixos, condições de habitabilidade deficientes, empregos precários com rendimentos reduzidos, stress psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, que por estarem relacionados com a saúde contribuem para uma situação desfavorável.

Nesta perspectiva, o ACES de Oeiras integra vários projectos no sentido de colmatar esta dificuldade. Esta foi uma das razões da escolha deste local de estágio, uma vez que teríamos a possibilidade de desenvolver actividades que vão de encontro à área temática do projecto: *A Criança e a Família em Contexto Transcultural*, que se pretende transversal a todos os locais de estágio.

No decorrer deste estágio tivemos a oportunidade de contactar com uma realidade de partilha de experiências no âmbito dos cuidados de saúde primários assim como de mobilizar conhecimentos adquiridos em outros domínios da prática, participando nos projectos a decorrer neste serviço que, de alguma forma, poderiam ganhar com o nosso contributo, assim como nós ganhámos.

Algumas das actividades desenvolvidas neste estágio foram realizadas em conjunto com duas mestrandas do mesmo curso.

Assim, delineámos como Objectivos Específicos os seguintes:

- Fazer o levantamento das necessidades de intervenção a nível da promoção da saúde transcultural, de acordo com os projectos a decorrer no ACES de Oeiras;

Para a concretização deste objectivo, numa fase inicial foi feito o diagnóstico situacional, através de: a) reuniões formais e informais com as enfermeiras orientadoras, e com a equipa, o que nos permitiu elaborar o cronograma de actividades de acordo com as necessidades reais do ACES de Oeiras; b) consulta de manuais, protocolos e projectos existentes no ACES; c) tomada de decisões relativamente às actividades a desenvolver nas USF, UCSP e UCC, nos vários projectos a decorrer.

A consciência crítica, que fomos aprimorando ao longo deste percurso formativo, fez-nos reconhecer que o processo de tomada de decisão nestes contextos nem sempre é fácil.

A tomada de decisão em enfermagem é influenciada por padrões, normas e directrizes. No entanto, é importante que estes não sejam seguidos irreflectidamente, mas sim usando métodos sistematizados, e o pensamento crítico, situação que requer soluções criativas (GRECO, 2009). Neste caso as tomadas de decisão tiveram em conta, as actividades supracitadas assim como os estudos realizados nos vários projectos a decorrer à altura no ACES.

Relativamente às necessidades de formação no ACES, delineamos o objectivo seguinte:

- Desenvolver no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/jovem e família que implique a formação dos enfermeiros na área da prematuridade;

Para dar cumprimento a este objectivo, a) realizámos reuniões informais onde foi transmitido pela equipa a dificuldade em lidar com a problemática da prematuridade, quer a nível de conhecimentos no que diz respeito ao prematuro, quer nos cuidados a ter com o RN após a alta clínica; b) decidimos conjuntamente com as Enfermeiras orientadoras, que seria pertinente abordar o tema: RN Prematuro – Realidade Hospitalar/articulação existente entre os Hospitais - MAC e HPP e ACES, assim como fazer uma abordagem dos cuidados na pós-alta ao RN prematuro. Uma vez que trabalhamos em unidades de neonatologia, seria oportuno trazer o nosso *Know How* (saber fazer) e fazer uma reflexão conjunta (Ver Anexo I); c) complementou-se a formação com a elaboração e visualização de um filme onde foram evidenciadas as fragilidades do prematuro e as dificuldades sentidas pelos pais, na efectivação da

parentalidade no recém-nascido prematuro (Ver Anexo II); d) Procedemos à avaliação da formação através de um formulário, aplicado aos enfermeiros no final da formação, que foi muito positiva. Houve uma grande partilha no decorrer da sessão, onde foi permitida interactividade e esclarecimento de dúvidas; e) elaborámos também um manual de suporte à consulta de vigilância de Saúde do RN prematuro que foi disponibilizado à equipa para uma melhor orientação na preparação dos pais neste período por vezes, constrangedor (Ver Anexo III).

A formação assume sempre um papel relevante na qualidade dos cuidados, sem que contudo seja mais ou menos importante do que qualquer outro dos preceitos envolvidos. Concordamos com HESBEEN, quando refere que a formação contínua

“...deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e ajuda-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido” (HESBEEN, 2001, P. 67).

A reflexão conjunta mostrou-se reveladora de grande importância, uma vez que houve a possibilidade de reforçar aspectos referentes às competências do RN prematuro, nas quais persistiam dúvidas. A experiência resultante da prática em Neonatologia foi essencial no tratamento do tema, permitindo dar exemplos da praxis.

Pensamos ter contribuído, com esta formação, para a sensibilização da equipa, reflectindo e impulsionando a mudança e a melhoria da qualidade dos cuidados. Com a elaboração manual de suporte à consulta de vigilância de Saúde, colaboramos na adequação dos meios que facilitam a transmissão de orientações antecipatórias às famílias considerando a maximização do potencial de desenvolvimento das crianças e jovens que nasceram prematuros. Reflectimos também sobre as competências do RN prematuro no sentido de promover a parentalidade e o comportamento interactivo pais/filhos e ainda sobre o crescimento e o seu desenvolvimento (ORDEM ENFERMEIROS, 2010).

O objectivo que se segue está relacionado com o projecto em curso no Bairro dos Navegadores:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências parentais, no sentido de promover a saúde transcultural;

O Bairro dos Navegadores destina-se à reinserção social, na sua maioria os moradores são beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI), com dificuldades económicas, em que grande parte das famílias, referem dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. É multicultural, um grande número dos moradores são imigrantes, provenientes da Guiné, Cabo Verde, Angola, S. Tomé, Índia, entre outros, existindo também Portugueses de várias origens e etnia cigana. Nesta comunidade pudemos desenvolver actividades no sentido de dar cumprimento aos objectivos do projecto, assim como intervir em situações de crianças/famílias em situações de especial complexidade.

Para dar resposta a este objectivo, a) realizamos reuniões formais e informais com os responsáveis pela implementação do projecto: “Valorização pessoal das competências parentais”, em curso nesta comunidade, que surgiu da articulação do Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC) com a equipa de Reinserção Social que trabalha directamente com a população na comunidade. Tomámos decisões relativamente às necessidades da população, que de acordo com os responsáveis do projecto havia necessidade de formação em várias áreas; b) procedemos à avaliação das necessidades da população imigrante do Bairro dos Navegadores, tendo em conta as actividades programadas no âmbito do referido projecto; Emergiram então três temas: Alimentação Saudável e Saúde Oral; Primeiros Socorros e Sinais de Alerta nas Crianças e por último, Como Proteger as Nossas Crianças e Jovens, onde se abordou a educação das crianças e jovens com regras e disciplina, sem maus tratos ou violência; c) realizámos três momentos de formação na sala polivalente do bairro dos navegadores. Nestas formações cada uma de nós tratou a temática que mais se adequava ao seu projecto individual. Optámos pela temática: “Como proteger as nossas crianças e jovens”, uma vez que se tratava de um bairro que comportava vários problemas com as crianças. Na sua maioria cresceram num País diferente do dos seus pais, com uma cultura, valores e referências diferentes e conviviam diariamente com varias crianças de culturas muito diferentes (Ver anexo IV); d) elaborámos um Folheto com os aspectos mais importantes da formação que facultámos a todos os pais e deixamos no NIC para eventuais necessidades (Ver Anexo V).

Sabemos que a importância dada à educação das crianças é diferente de acordo com cada cultura. É portanto difícil conciliar todas as diferenças culturais por exemplo na escola, mas há determinados aspectos fundamentais que têm de se ter em consideração. É importante que os cuidadores ou os responsáveis pela criança, conheçam as regras e normas do país acolhedor e que as transmitam à criança, pois só assim ela se sentirá segura em casa, na escola e na sociedade em geral. Na verdade, o maior problema referente a educação das crianças reside na dificuldade de obtenção de consensos relacionados com a conduta. O diálogo é importante entre todos os responsáveis, pais, avós, professores, técnicos de saúde, mas para a criança o mais importante é compreender que há limites e regras estabelecidas importantes para que se sinta segura e amada. BRAZELTON (2007, p. 13), explica a importância da disciplina: “...é o segundo presente mais importante que um pai pode dar a uma criança. O amor vem em primeiro lugar[...]mas a segurança que a criança encontra na disciplina é essencial, pois sem ela não há limites.” O mesmo autor refere ainda que a disciplina se aprende através do ensino e não com a punição. Exige repetição e muita paciência.

Em todos estes momentos de formação houve uma forte adesão por parte da população do bairro e uma grande partilha de experiências, mostrando-se muito interessadas e envolvidas. A avaliação das formações superou as nossas expectativas. Foi feita oralmente, (uma vez que havia pessoas que não sabiam ler ou escrever) através de perguntas direccionadas, às quais responderam sempre correctamente.

Esta experiência deu-nos uma visão mais abrangente de uma realidade social com carências várias, que nos levou a uma reflexão sobre estas questões paralelas, que estão directamente ligadas com a saúde. Percebemos que só com intervenções multidisciplinares, em que a EESIP tem um papel crucial, se podem resolver estes problemas.

Pensamos ter conseguido transmitir a estas famílias orientações antecipatórias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; transformámos este momento num local de debate em que se esclareceram dúvidas e se reforçaram ideias com o intuito de promovermos o desenvolvimento de competências parentais; tivemos também a oportunidade de perceber a importância do respeito pelas crenças e pela cultura de cada família em particular; sentimos a necessidade de adequar a forma de comunicar tendo em conta as múltiplas culturas e a singularidade de cada um.

Permitimos também que expressassem de forma sentida as emoções para assim podermos reforçar a tomada de decisão responsável na educação dos filhos. Por exemplo: uma mãe cigana que agrediu a professora do filho por esta, alegadamente, lhe ter batido, percebeu que a forma mais correcta de resolver o problema seria encaminhar a situação para as entidades responsáveis, que fariam as necessárias averiguações e diligências que ajudariam na resolução dos problemas. Justificou-se referindo: “como sou cigana ninguém daria importância ao caso”, mais uma vez reforçamos que para ser respeitada teria também de respeitar os outros, e ainda que a violência nunca seria uma solução, antes pelo contrário. Foram debatidas várias situações que nos foram apresentando.

Outro dos projectos do ACES de Oeiras é o Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC) – onde pudemos fazer visitas domiciliárias ao Bairro dos Navegadores através da Unidade Móvel (UM) em que a promoção da saúde na comunidade é a principal prioridade. Avaliámos a estrutura e o contexto do sistema familiar. Prestámos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente proporcionando aos pais os conhecimentos necessários ao desempenho parental. Fizemos a identificação de focos de instabilidade, a detecção precoce de situações complexas e o encaminhamento de situações passíveis de correcção e que pudessem afectar negativamente a saúde da criança/jovem/família, quer através da visita domiciliária quer através do atendimento na UM. Outro dos aspectos importantes que experienciámos na UM foi a educação para a saúde, que permite capacitar as famílias de forma a terem um papel pró-activo e serem os actores responsáveis pelo seu processo de saúde (ORDEM ENFERMEIRO, 2010).

Durante as visitas domiciliárias ocorreu uma situação de sinalização de um caso - Abandono de três filhos, por parte da mãe, que encaminhámos para a CPCJ. Motivada pelo envolvimento desta situação, fizemos uma introspecção reflexiva que nos levou mais uma vez a reflectir sobre a prática, conjuntamente com as enfermeiras orientadoras. A reflexão sobre as práticas promove a (re)construção do conhecimento, a atribuição de significado e a transformação da pessoa em todas as suas dimensões (FONSECA, 2006, p.59). Reflectir sobre este caso fez-nos olhar mais atenta e criticamente considerando os limites até onde as nossas intervenções como EESIP podem interferir positivamente na vida destas crianças.

Participámos ainda no projecto - Sensibilização para a Parentalidade – que consiste em promover e fomentar a parentalidade nos cuidados ao recém-nascido bem como na preparação para o parto. A equipa multidisciplinar deste projecto é constituída por uma EESIP, uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e obstétrica (EESMO), uma Psicóloga e uma Assistente Social. Uma das preocupações das Enfermeiras Especialistas é ter os pais como parceiros nos cuidados ao RN, promovendo a vinculação e cuidados de qualidade. Os seus objectivos vão de encontro ao que refere Anne Casey, *“para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser em forma de protecção, estímulo e amor, sendo assim, ninguém melhor que os pais para os prestar”* (CASEY, 1983, p. 185).

Na altura do estágio decorriam dois cursos; um dirigido a pais diferenciados e profissionalmente activos e outro, dirigido a um grupo multicultural, constituído por famílias desfavorecidas, desempregadas, imigrantes e portuguesas e ainda jovens adolescentes. Seleccionámos o segundo grupo para participar, nos três momentos de formação que ocorreram com uma periodicidade quinzenal. Foi uma experiência enriquecedora participar nestas sessões, uma vez que nos permitiu acompanhar a crescente evolução na aquisição de conhecimentos e competências parentais. Através da demonstração com um boneco que serviu de manequim, experienciámos a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial desenvolvimento da criança, promovendo a amamentação e a parentalidade (ORDEM ENFERMEIROS, 2010).

Participando no projecto articulado com a CPCJ (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens) de Oeiras traçamos o seguinte objectivo:

- Contribuir para a elaboração de documento facilitador da prática de cuidados à criança/família em situação de risco ou perigo;

No sentido de atingir este objectivo realizámos as seguintes actividades: a) assistimos a uma reunião da comissão restrita onde compreendemos a dinâmica desta entidade. Percebemos que trabalham em articulação interinstitucional, em parceria, com responsabilidade partilhada na comunidade. Dão resposta às necessidades das crianças/jovens/famílias em questões delicadas e complexas como o abandono, os maus tratos, a negligência e outras situações que possam pôr em perigo a sua segurança,

saúde, formação, educação ou o seu desenvolvimento integral. A equipa multidisciplinar é constituída por representantes das várias instituições: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores e educadores de infância, que trabalham em colaboração com outros técnicos no sentido de dar respostas de apoio a crianças e jovens em risco ou perigo. Fazem a gestão de casos complexos determinando estratégias e aplicando medidas no sentido de promover a protecção e segurança destas crianças; b) elaborámos em colaboração com mais duas mestrandas a frequentar o mesmo estágio, uma Ficha de Sinalização de Crianças e Jovens em Situação de Risco ou Perigo em suporte informático, que após apreciação da Presidente do CPCJ (Enfermeira Especialista em Saúde da Comunidade) e da vice-presidente (EESIP), foi adoptada para os devidos efeitos (Anexo VI).

Congratulou-nos o facto da presidente da CPCJ de Oeiras e a vice-presidente serem enfermeiras Especialistas, com um papel preponderante nas tomadas de decisão processuais. Foi muito gratificante ter tido a oportunidade de conhecer a forma como são tratados estes assuntos, tão delicados que se enquadram no âmbito das competências da enfermeira especialista. A elaboração deste documento, foi uma ajuda crucial na recolha sistematizada de informação da criança em risco ou perigo, permitindo intervir mais adequada e rapidamente.

Outro objectivo que delineamos, foi de encontro à organização de um dia comemorativo:

- Colaborar na organização de um dia comemorativo, gerindo programas de saúde;

Para dar cumprimento ao objectivo específico, supra mencionado, colaborámos na organização de um dia comemorativo - Dia Internacional da Criança, dia 1 de Junho de 2010, conjuntamente com as duas alunas do mesmo Curso e com a Unidade de Cuidados na Comunidade SAÚDAR. Inicialmente a) realizamos reuniões informais com a Enfermeira orientadora, no sentido de programar todas as actividades; b) procedemos à elaboração de uma carta que enviámos a várias empresas (Continente, Uriage, Nestlé, Abbot, Chico, Câmara Municipal de Oeiras, entre outras) com o desígnio de obtermos colaboração, no fornecimento artigos didácticos, proporcionando às crianças um dia diferente; c) realizámos diversas actividades para as crianças: o

centro de saúde da bonecada; vários Jogos didácticos dirigidos para a promoção da saúde e adesão ao tratamento; animação com palhaços e pinturas faciais e um teatro de fantoches alusivo à temática “Saúde oral/Alimentação”. Com todas as actividades desenvolvidas, pretendemos dar a conhecer quem são e o que fazem os profissionais de um centro de saúde, quais os equipamentos mais utilizados e como funcionam, procurando transmitir a ideia de um espaço acolhedor, dinâmico e aprazível para os mais pequenos. Houve sempre a preocupação de sensibilizar as crianças no sentido de verem os cuidados de saúde em geral e da enfermagem em particular, de uma forma mais proactiva e durante a interactividade com estas, tentámos desmistificar algumas ideias preconcebidas.

Como forma de avaliar estas actividades solicitámos às educadoras de Infância o envio do feed-back via e-mail. Apenas recebemos a avaliação de umas das três escolas que participaram no evento, sendo bastante positiva (Ver Anexo VII).

Pensamos ter contribuído para negociar a participação da criança/ família no processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; utilizamos estratégias motivadoras da criança/jovem/família para a assumpção dos seus papéis em saúde; procuramos oportunidades para trabalhar com a criança a adopção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como tornar-se no principal agente promotor de saúde (ORDEM ENFERMEIROS, 2010).

Igualmente importante foi a participação na consulta de pediatria da UCSP e USF pois constituiu não só a possibilidade de mobilizar conhecimentos das diversas disciplinas da pediatria como também a oportunidade de experienciar a sua aplicabilidade no contacto com a criança/Jovem/família, contribuindo para a promoção e optimização da sua saúde.

Todos os trabalhos realizados ficaram no ACES, quer em formato de papel, quer em suporte informático.

2.2. VIAGEM SEM REGRESSO... EM BUSCA DA SAÚDE!...

O estágio em apreço decorreu no período de 17 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, no **Hospital de Santa Marta - Serviço de Cardiologia Pediátrica**.

O Convento de Santa Marta, fundado no Séc. XVI começou a funcionar ao serviço da saúde em 1890 pelo que passou a ter a designação de Hospício dos Clérigos Pobres. Mais tarde, em 1903, passou a funcionar como hospital dependente do governo, com a finalidade de tratar doenças venéreas. Ainda no mesmo ano e como um anexo do Hospital de São José, passou a integrar o Grupo Hospitais Cíveis de Lisboa. Em 1910 foi atribuída oficialmente ao Hospital de Santa Marta a função de Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Poucos anos depois passou a denominar-se Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Desde Dezembro de 2002, O Hospital de Santa Marta (HSM) integra o grupo de instituições hospitalares que transitaram para o novo modelo de gestão (sociedade anónima – S.A), actualmente mantém-se integrado na rede pública de cuidados de saúde integrado no Centro Hospitalar Lisboa Centro, EPE. O HSM é um Hospital Central Especializado, situado no centro da cidade de Lisboa. É uma instituição de saúde altamente diferenciada, com vocação Cardiorácica, Vascular e Pneumológica.

A sua área de influência abrange a região de Lisboa, Sul, Ilhas e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's).

É Hospital acreditado pelo Health Quality Service, desde Junho de 2004, quando lhe foi outorgada a FULL ACCREDITATION.

- **Serviço de Cardiologia Pediátrica (SCP)**

Em Outubro de 1969 o HSM dispunha de algumas camas para internamento de crianças do foro cardíaco na enfermaria de mulheres do Serviço de Cardiologia, foi o primeiro serviço de cardiologia pediátrica em Portugal. Em 1971 realizou-se, pela primeira vez em Portugal, um cateterismo de intervenção que consistiu numa septostomia de Rashkind para tratamento de transposição das grandes artérias. Esta técnica permitiu que bebés com esta patologia sobrevivessem e fossem operados no estrangeiro após realização do cateterismo no HSM. Os Hospitais Cíveis de Lisboa foram a primeira entidade a reconhecer a especialidade de Cardiologia Pediátrica, em 1973.

Actualmente o Serviço assegura assistência cardiológica durante 24 horas por dia e colabora com outras instituições através de consultoria.

Tem como missão prestar cuidados de saúde especializados na área das doenças cardiovasculares, à população pediátrica (dos 0 -18 anos), ensinar e investigar esta área da medicina de acordo com padrões de elevado nível técnico-científico, ético e organizacional.

As actividades do SCP do Hospital de Santa Marta distribuem-se por diferentes sectores, nomeadamente o Sector de Internamento, o Sector de Ambulatório e os Sectores Técnicos de Ecocardiografia, Arritmologia e Hemodinâmica.

O Sector de Internamento recebe cerca de 500 doentes/ano, de toda a sua área de influência. As instalações sofreram obras de melhoramento recentemente, transformando o serviço num local acolhedor e adequado à população pediátrica.

O Sector de Ambulatório realiza cerca de 4500 consultas/ano, incluindo consultas especializadas na área pré e pós-natal, arritmologia e cardiologia de intervenção.

Os Sectores Técnicos de Ecocardiografia, Arritmologia e Hemodinâmica têm capacidade instalada para a realização de todas as técnicas da especialidade, incluindo os métodos mais avançados, como Ecocardiografia Fetal, Ecocardiografia Transesofágica, tratamento invasivo de taquiarritmias e bradiarritmias e o encerramento de defeitos cardíacos por cateterismo.

A opção por este local de estágio prendeu-se essencialmente com o facto do SCP, ao abrigo do Acordo de Cooperação Internacional, receber doentes e acompanhantes provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), provenientes da Guiné, Cabo Verde, S. Tomé e Príncipe, Angola e Moçambique, para efectuarem tratamentos do foro cardiológico, o que permitiu por em prática o projecto individual de estágio, assim como intervir em situações de especial complexidade e particular exigência, decorrentes quer da patologia cardíaca, quer do elevado risco social, cultural e de saúde em geral destas crianças/jovens e famílias.

Existem poucos estudos sobre a imigração oriunda dos PALOP por via da saúde, no entanto diariamente chegam a Portugal doentes evacuados ao abrigo dos acordos de Cooperação Internacional que acabam por não voltar mais ao país de origem, permanecendo cá por vezes esquecidos, com poucos apoios e vivendo em condições precárias. As razões por eles mais mencionadas para não regressar são a dificuldade em

obter tratamento médico e medicamentoso. O suporte económico, psicológico e cultural da maioria dos doentes é garantido pelas redes familiares e de amigos que se disponibilizam a ajudar (HENRIQUES, 2009).

São vários os problemas sociais e culturais destas famílias que, por questões de saúde decidem imigrar para um país desconhecido, onde diariamente enfrentam contrariedades, como a cultura, a língua, dificuldades económicas, condições de habitabilidade precárias e ainda a separação definitiva com grande parte da família nuclear que fica no país de origem sem possibilidade de os acompanhar...

Partindo desta realidade e com o intuito de desenvolver competências no cuidar transcultural em contexto de internamento/consulta e ainda de dar resposta às solicitações do SCP, traçamos os seguintes Objectivos Específicos para este estágio:

- Fazer o levantamento das necessidades reais de intervenção a nível da promoção da saúde transcultural, integrando os projectos a decorrer no SCP;

Com a finalidade de concretizar este objectivo, inicialmente fez-se o diagnóstico da situação, desenvolvendo as seguintes actividades: a) reuniões formais e informais com a enfermeira orientadora, o enfermeiro chefe de serviço e com a equipa com a finalidade de averiguar as necessidades do serviço a vários níveis na área da multiculturalidade; b) procedeu-se a uma análise do número de crianças admitidas, por país, durante o ano de 2009, onde se verificou que o maior número de emigrantes que recorriam ao serviço eram dos PALOP e que a maioria não falava Português; b) consultámos manuais, protocolos e projectos existentes no SCP; e c) tomámos decisões relativamente às actividades a desenvolver, no decorrer do estágio.

O processo de tomada de decisão nem sempre é pacífico, por vezes decidir-se por algo, significa fazer uma escolha, que nem sempre é unânime. Por outro lado é uma actividade que é inerente ao processo de planeamento de actividades, ou seja, quando se define “o que se pretende fazer, como e quando” está a tomar-se uma decisão. Para CUNHA (1991 p. 34), *“a tomada de decisão é uma atitude que requer consciência da situação como um todo, seja durante uma fracção de segundos, seja num período mais longo”* pois este processo começa antes do momento da decisão e termina depois dela. Nesta situação em particular foram colocadas várias hipóteses, tendo-se optado pelas que eram mais prementes para o SCP. De acordo com as características do serviço,

programou-se elaborar e traduzir um guia de acolhimento em várias línguas. No entanto após ter sido feito o levantamento real das necessidades, verificou-se que já existiam dois guias de acolhimento em português, um para os pais e outro para os adolescentes, e um em Braille para os pais. Realizámos então um estudo sobre a proveniência dos utentes admitidos no SCP, no ano de 2009, onde se concluiu que, num total de 575 utentes, 418 (72,6) eram portugueses, 152 (26,4%), provenientes dos PALOP e 5 (0,8%) de outras culturas (Ver Anexo VIII).

Nesse sentido delineámos o seguinte Objectivo específico:

- Elaborar instrumentos facilitadores da prática de cuidados à criança/jovem e família de contexto cultural diferente;

Após avaliação com a enfermeira orientadora, com o enfermeiro chefe e com a enfermeira autora dos referidos guias de acolhimento, optou-se por a) traduzir os guias já existentes em Crioulo por ser a língua predominante nos utentes provenientes dos PALOP e em Inglês por ser uma língua universal. Fizeram-se reformulações gráficas e algumas reformulações pontuais, uma vez que os Guias de Acolhimento haviam sido revistos há relativamente pouco tempo e encontravam-se adequados (Anexo IX).

Optou-se pela tradução em Inglês acreditando que uma grande parte das crianças e jovens das mais variadas culturas dominam esta língua, uma vez que é aprendida em qualquer parte do Mundo. Por outro lado a pertinência da tradução dos Guias em Crioulo teve a ver com o facto da grande maioria das crianças/jovens e famílias provenientes dos PALOP, não falar nem compreender o português e pensamos ser uma mais-valia que lhes permitirá conhecer a organização e dinâmica do serviço logo num primeiro contacto, no momento da admissão e do acolhimento. Consideramos que o que mudou com a tradução destes guias foi, proporcionar a estas crianças e famílias um acolhimento conveniente, individualizado e humano. O acolhimento pressupõe sempre uma atitude por parte da equipa, de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os utentes tendo em conta a sua individualidade e a promoção da relação de ajuda.

SILVA Jr. & MASCARENHAS, citados por SILVA, et al, (2004) referem que o acolhimento deve ser entendido como reformulador do processo de trabalho, pontuando

os problemas e oferecendo soluções e respostas pela identificação das necessidades dos utentes, rearticulando o serviço em torno delas.

O nosso desempenho deve também estar de acordo com a Lei e responder adequadamente ao proposto pela Ordem dos Enfermeiros que no seu Artigo 89.º, menciona que: “ *o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; e b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” (NUNES, AMARAL & GONÇALVES, 2005, P. 141).

Como neste serviço as crianças são submetidas a cirurgia cardíaca, que lhes causa um grande sofrimento físico e emocional, por vezes com comprometimentos futuros permanentes, pensámos que seria muito importante fazer-lhes o reconhecimento da sua coragem, promovendo a esperança. Nesse sentido, outra actividade desenvolvida foi, b) elaboração de uma carta terapêutica: “Diploma de Bom Comportamento” para oferecer a todas as crianças no dia da sua alta.

É muito importante, explicar à criança a necessidade de cada tratamento, se vai provocar algum incómodo, e em que é que consiste, mas é igualmente importante que após cada tratamento ou internamento, se felicitem as crianças e se reforce a ideia de que foi difícil passar por todo aquele processo, mas que ele conseguiu e foi muito corajoso (BRAZELTON, 2009). Todas as crianças que receberam o diploma, manifestaram um grande orgulho pela coragem que tiveram, em seguir com rigor todas as indicações dadas pelos enfermeiros, durante o percurso de internamento que finalmente terminara (Anexo X).

Relativamente às necessidades de formação do serviço, traçamos o objectivo seguinte:

- Desenvolver no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/jovem e família que implique a formação dos enfermeiros na área da Transculturalidade;

Foi também transmitido na fase de diagnóstico situacional pela equipa, a dificuldade por vezes existente em lidar com a problemática da multiculturalidade, quer a nível das diferenças culturais quer a nível das barreiras linguísticas, uma vez que no SCP um

número considerável de utentes (27,2%) é proveniente de outras culturas. No sentido de dar resposta a este objectivo, optámos por desenvolver o tema: “*Cuidar em contexto multicultural*” realizando uma acção de formação onde foram tratados temas como a cultura, o etnocentrismo, aspectos importantes na avaliação dos padrões culturais, as características e os comportamentos das diferentes culturas nomeadamente no que se refere à comunicação, relações familiares, práticas e crenças de saúde. Houve a preocupação de apresentar a mesma acção de formação em dois momentos diferentes para dar oportunidade ao maior número de elementos da equipa assistirem à formação. De acordo com as disponibilidades, houve uma boa adesão por parte da equipa de enfermagem, onde foi permitida a partilha de experiências no decorrer da sessão. Foi feita a avaliação dos formandos e da formação que foi bastante positiva (Ver Anexo XI).

Quando nos colocamos na perspectiva de cuidar, os conhecimentos técnico-científicos são integrados na prática, pelo que com esta formação em serviço, concordando com (HESBEEN, 2001), não pretendemos esculpir cérebros, mas sim contribuir para a sua plasticidade e permeabilidade, a fim de os conduzir a uma abertura constante às «*coisas da vida*» e à singularidade dos outros.

Durante este estágio houve a necessidade de reflectir sobre vários aspectos da prática, no que se refere ao desenvolvimento e consolidação de competências que nos permitiram promover estratégias de esperança realista, coping e resiliência, comunicando de forma assertiva com a criança e família, pelo que delineámos o objectivo que a seguir se descreve.

- Desenvolver competências a nível da Comunicação com a criança/jovem e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura.

No sentido de dar cumprimento a este objectivo: a) elaborámos duas reflexões, sobre dois casos reais, de difícil resolução, tendo como princípio o ciclo de Gibbs o que nos permitiu desenvolver competências a nível da comunicação e promoção da esperança realista e coping (Ver Anexo XII).

Como refere FONSECA (2006, p. 25), “*questionar-se e colocar em questão o que observa na realidade, problematizar o saber e a prática, confrontar e confrontar-se com opções alternativas, promove a aprendizagem pela reflexão*”, aprender através da

reflexão implica mudança. Importa questionarmo-nos, acerca do aprimoramento de competências como EESIP.

Esta experiência permitiu-nos fazer de forma sistematizada, várias pesquisas que nos ajudaram a esclarecer e a conceptualizar as experiências vividas em contextos da práxis, para as quais nem sempre damos a melhor resposta. O respeito e a assertividade são fundamentais para o sucesso de uma relação entre o enfermeiro e o utente. Comunicar com a criança e família de forma assertiva é fundamental, mas de acordo com RILEY (2004), exige uma aprendizagem contínua e requer tempo, prática, paciência e a capacidade de aceitar que cometemos erros. Para ser assertivo, nem sempre temos de dizer aquilo que pensamos, mas sim escolhermos as palavras e a forma como nos expressamos e também desenvolver estratégias de escuta activa.

A consulta de Cooperação Internacional e a consulta de Cardiologia Pediátrica do SCP foram também essenciais para desenvolver as competências atrás referidas.

A Consulta de Cooperação Internacional tem como objectivo facilitar a permanência em Portugal das crianças/jovens e acompanhantes provenientes dos PALOP, promover o seu tratamento, o rápido restabelecimento e o regresso em segurança ao país de origem. Consiste no acolhimento, ensino e orientação individualizados à criança/jovem e família, que é efectuado pelo enfermeiro, assistente social e médico que em conjunto, fazem a colheita de dados, avaliação inicial e seguintes, identificando as necessidades específicas de cada criança/jovem e família, quer a nível de risco social, quer a nível de saúde, patologia cardíaca e/ou outras. São feitos os encaminhamentos para outras consultas e outros hospitais e os respectivos tratamentos sempre que necessário.

Pudemos constatar em dois dias de observação participada nesta consulta que, as suas principais dificuldades são, a barreira linguística e as diferenças culturais. Como referem LEININGER, 1985; CAMPAÍNHA-BACOTE, 1999; MELEIS et al, 2000, citadas por Abreu, 2008, *“A forma como o indivíduo se comporta e desenvolve a acção social no seu próprio grupo é função da sua cultura de pertença. A pessoa aprende, avalia e desenvolve comportamentos congruentes com os valores culturais legitimados pela cultura de referência”*. Na verdade, a grande maioria dos utentes não compreende nem fala português, apenas o crioulo. No entanto, foram desenvolvidos vários esforços no sentido de colmatar estas dificuldades. Existe nesta consulta um guia de acolhimento

escrito em crioulo onde constam os direitos e deveres dos utentes durante a sua permanência em Portugal. Geralmente fazem-se acompanhar de um familiar ou amigo que serve de intérprete. Nos casos em que não dispõem desta possibilidade, existe no Hospital de Sta Marta um banco de tradutores que disponibiliza tradutores sempre que se justifique.

Após ao diagnóstico da situação e o levantamento das necessidades conjuntamente com a enfermeira responsável pela consulta, verificámos que num primeiro contacto era fornecida muita informação que nem sempre era assimilada na sua totalidade, o que por vezes trazia problemas na compreensão da dinâmica da consulta. Seria então conveniente criar um documento que lhes permitisse relembrar o que tinha sido explicado; b) Nesse sentido elaborámos um folheto informativo onde se colocaram todas as explicações relativas à consulta, algumas informações relevantes e vários contactos úteis (Ver Anexo XIII).

Como já referimos, participar na Consulta de Cardiologia Pediátrica foi também uma experiência que ajudou a atingir o objectivo anteriormente referenciado.

Esta consulta consiste no atendimento de enfermagem de crianças/jovens e famílias que recorrem à consulta externa de cardiologia pediátrica no HSM. É efectuada por uma equipa multidisciplinar e divide-se em consulta de: 1ª vez; Seguimento; Internados e outras Instituições de Saúde; Recém-nascidos; Operados; Arritmologia e Hipocoagulação. Nesta consulta percebemos que as crianças/jovens e família dos PALOP a fazer tratamento de hipocoagulação e outros, que não dominam a língua portuguesa, apresentam enormes dificuldades em compreender como se efectua o tratamento e por vezes não o realizam correctamente. Uma vez que já existiam nesta consulta documentos específicos para minimizar estas dificuldades, como por exemplo uma folha para explicação de terapêutica, que é fornecida a todas as crianças a realizar tratamento, e vários folhetos informativos, decidiu-se conjuntamente com a enfermeira responsável pela consulta e com a enfermeira orientadora, fazer c) uma colectânea de artigos sobre a temática que foram disponibilizados à equipa. Com estes artigos pretendemos reunir informações úteis à compreensão deste fenómeno da imigração dos PALOP por via da saúde. Esta população imigrante quer pela influência cultural, quer pelas condições económicos e educacionais tem uma percepção sobre a saúde e os

respectivos tratamentos muito diferentes da maioria dos portugueses e/ou dos técnicos de saúde.

Uma das preocupações dos enfermeiros nesta consulta é ter os pais como parceiros nos cuidados à criança/jovem, promover e fomentar a parentalidade efectiva e responsável, a vinculação e os cuidados de qualidade, através da educação para a saúde, que permite capacitar os pais e os jovens de forma a serem os responsáveis no processo saúde/doença seus e dos seu filhos.

Cuidar tendo como objectivo o cuidado centrado na família, é estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, respeitando, apoiando e colaborando com a família. O respeito pela família pressupõe que o enfermeiro conheça e respeite a diversidade cultural da família, os seus objectivos e as suas estratégias (HOCHENBERRY, 2006).

Existem no entanto algumas contrariedades difíceis de ultrapassar em que para dar resposta às necessidades das crianças/jovens e famílias em questões delicadas e complexas como o abandono, os maus tratos, a negligência e outras situações que possam pôr em perigo o seu desenvolvimento têm que recorrer à CPCJ, que promove e protege os direitos das crianças e dos jovens e que trabalha em articulação interinstitucional, em parceria, com responsabilidade partilhada na comunidade no sentido de dar respostas de apoio a crianças e jovens em risco ou perigo.

Nesta fase de desenvolvimento pessoal e profissional as mudanças processam-se numa perspectiva de integração dos conhecimentos novos no conhecimento já existente, enriquecendo-o e fortalecendo-o. A experiência deste estágio enquadra-se nesta filosofia, pelo que houve apropriação de conhecimentos e competências, a maior parte de teor prático muito embora fundamentado. A mudança interior teve lugar na procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e sua família no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde, dando resposta às necessidades do seu ciclo de vida e de desenvolvimento.

2.3. PAIS SOLIDÁRIOS... CORAÇÕES REPLETOS DE AMOR!...

O estágio em Neonatologia decorreu no período compreendido entre 22 de Novembro e 17 de Dezembro de 2010 na **Maternidade Dr. Alfredo da Costa – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais**, em contexto de trabalho – **Mód. III**.

A Maternidade Alfredo da Costa (MAC) é uma instituição pública de saúde especializada em Obstetrícia e Pediatria, localizado na freguesia de Sebastião da Pedreira da cidade de Lisboa. Foi edificado sobre os alicerces de um templo e inaugurado em 5 de Dezembro de 1932, sendo a primeira maternidade em Lisboa a ser concebida e construída de raiz. Foi seu fundador e primeiro director, o Professor Augusto de Almeida Monjardino.

Desde 1906, como director da maternidade de Santa Bárbara, o Professor Doutor Alfredo da Costa não se cansava, de alertar o governo de então, para a necessidade da construção de uma maternidade com condições dignas. No entanto, e apesar de todos os esforços desenvolvidos, tal não viria a acontecer. Pois o ilustre Professor falecia a 2 de Abril de 1910, sem ter visto realizado o sonho que acalentava desde 1898, para o qual sempre com tanta dedicação e entusiasmo trabalhara. Por essa razão, a 15 de Maio de 1910, amigos e admiradores formaram uma comissão de homenagem ao Professor Dr Alfredo da Costa, e após vários contratempos, o seu sonho viria a tornar-se realidade em 5 de Dezembro de 1932 (Documento facultado pela UCIN).

Actualmente, é missão da MAC garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida. Tem como valores a prioridade do utente, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação profissional dos trabalhadores. Visa ainda o reconhecimento como unidade de excelência na área da saúde integral da Mulher.

A 06 de Janeiro de 2010 foi reconhecida como Hospital Amigo dos Bebés, recebendo, o certificado como reconhecimento do seu empenho na promoção do aleitamento materno através das “Dez Medidas para o Aleitamento Materno com Sucesso”.

Relativamente à área de influência da maternidade, esta abrange no Concelho de Lisboa, as freguesias de, Alto do Pina, Beato, Campolide, Coração de Jesus, Marvila, Nossa Senhora de Fátima, Santa Engrácia, Santa Isabel, Santa Maria dos Olivais, São Domingos de Benfica, São João, São João de Deus, São Jorge de Arroios, São José, São Mamede, São Sebastião da Pedreira, todo o Concelho de Loures e todo o concelho de Odivelas e ainda todos os hospitais do Sul do país que não disponham das especialidades de obstetrícia ou pediatria existentes na MAC.

- **Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais**

A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN) destina-se especialmente a Recém-Nascidos (RN) que necessitam de cuidados especiais, devido a parto prematuro, parto distócico, ou qualquer outra patologia. Recebe bebés até aos 28 dias de vida nascidos na MAC ou referenciados de outras unidades de saúde da sua área de influência, ou ainda que recorram à Urgência da MAC e necessitem de internamento. As causas de internamento mais frequentes são: síndrome de dificuldade respiratória, displasia pulmonar, asfixia neonatal, prematuridade, risco infeccioso, malformações congénitas, síndrome de abstinência e situações de risco social.

Um dos objectivos desta Unidade é prestar cuidados de saúde de qualidade, mantendo sempre que possível o RN próximo da sua família. Pelo que, uma das grandes preocupações da equipa multidisciplinar é incentivar os pais a permanecerem o mais tempo possível junto dos filhos participando nos cuidados ao Recém-Nascido, fomentando uma adequada preparação para a alta hospitalar. Para os enfermeiros, é essencial ter os pais como parceiros nos cuidados ao RN prematuro ou de termo, promovendo a parentalidade efectiva e responsável, a vinculação e os cuidados de qualidade. A estrutura organizativa dos cuidados de enfermagem e a distribuição de trabalho, assenta no método individual que permite o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiros/pais e é promotor do desenvolvimento de competências quer na avaliação quer no processo de decisão dos cuidados ao RN e família. É de realçar a prática frequente do método de Canguru em que, os bebés prematuros são colocados em contacto pele-a-pele com os pais, promovendo a continuidade de uma vinculação qualitativamente desejável. De acordo com FELICIANO, (2007), a conveniência da utilização do Método Canguru numa UCN, assim como algumas das componentes envolvidas que o justificam, facilita e favorece a relação pais - RN prematuro, durante o internamento.

Os pais podem permanecer 24 horas junto dos filhos. As condições de conforto para permanecerem durante a noite na unidade são parcas apenas dispõem de uma cadeira, no entanto a maternidade desenvolveu esforços no sentido de colmatar esta dificuldade, criando uma sala de pais, equipada com confortáveis cadeirões e mantas, frigorífico, máquina de café, cacifos individuais e uma casa de banho com possibilidade de usar o duche.

Todos os dias das 16:00H às 17:00H, os avós e irmãos podem visitar os RN internados, sendo permitida apenas a permanência de duas pessoas de cada vez. Qualquer visita excepcional terá que ser autorizada pelos Responsáveis do Serviço. Importa destacar que na impossibilidade de visitarem os filhos internados, os pais e outros familiares, poderão vê-los através da Internet, pelo método Baby Care, sistema inovador de Video conferência, por meio de câmaras individuais em cada incubadora, que lhes permite visualizar de qualquer local os seus filhos em tempo real.

A área de influência da MAC é caracterizada por uma marcada região multicultural, pelo que recebe crianças e famílias provenientes das mais variadas culturas. Por outro lado, são vários os estudos que comprovam que os processos migratórios influenciam a saúde individual, familiar e comunitária, realçando o aumento da morbilidade em populações imigrantes (FENTON, 2001; FONGWA, 2001; POLITZER *et al.*, 2001; SOUTH-PAUL E GRUMBACH, 2001, citados por GONÇALVES, 2003). Os aspectos referidos associados à proximidade física, emocional e comunicacional que resulta da relação interpessoal e relação de ajuda da prática diária de cuidados, assim como o reconhecimento profundo e atento da diversidade dos padrões culturais da população que cuidamos, expressa a vontade em desenvolver um projecto de implementação de um Grupo de Ajuda Mútua, para os pais de crianças portadoras de doença crónica, utentes da MAC.

Nesse contexto delineámos os seguintes Objectivos Específicos:

- Fazer o diagnóstico situacional tendo em conta a opinião dos enfermeiros relativamente à conveniência da implementação de um GAM na UCN;

Para concretizar este objectivo, numa fase inicial, desenvolveram-se as actividades seguintes: a) reuniões formais e informais com a Sra. Enfermeira Orientadora/Chefe da Unidade, para apresentação do projecto e programação de actividades a desenvolver; b) reunião formal com a Sra. Directora de serviço da Unidade e com a Sra. Enfermeira directora da MAC, no sentido de informar e obter autorização para a realização do referido projecto; c) elaboração e aplicação de um formulário aos enfermeiros com o intuito de apurar a sua opinião relativamente à conveniência da implementação de um GAM na Unidade, em que se perguntava se, *“a criação de um grupo de ajuda mútua seria uma importante ajuda para os pais de crianças com doença crónica que passaram*

pela unidade de neonatologia da MAC”, todos os 54 inquiridos responderam que “*sim*” seria uma ajuda muito importante. (Ver Anexo XIV); d) procedemos ao tratamento dos dados (Ver Anexo XV); e) realizámos uma reunião com uma responsável da XXS- Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro, que colabora actualmente com a MAC e que partilhou connosco algumas informações úteis e f) decidimos elaborar o projecto para futura implementação.

Por vezes estas tomadas de decisão são um processo difícil, nomeadamente a nível profissional, uma vez que ganham uma dimensão superior na medida em que envolvem outras pessoas.

O pensamento crítico “*capacita as pessoas para captarem os contextos de vida e os interesses aí presentes, traz à tona as conexões ocultas e fornece as boas razões para os propósitos humanos*” WALDOW (2005, p.7). Quando se pensa criticamente tornamo-nos conscientes da diversidade dos valores e dos comportamentos.

Concordamos com CIAMPONE (1991), que refere que quando se fazem escolhas é necessário que se tenha a noção exacta do que elas poderão representar, sendo importante que as decisões não sejam tomadas empiricamente, mas sim de modo sistematizado, para que se obtenha o melhor resultado possível, citado por (GRECO, 2009).

Não obstante, acreditamos que este projecto futuramente será uma mais-valia para os pais uma vez que lhes dará a oportunidade de tomarem conhecimento de sentimentos idênticos nos seus pares, de partilharem os medos e as angústias; proporcionará o desenvolvimento de relações significativas e novas amizades, a aprendizagem de estratégias e soluções para os eventuais problemas e também a capacitação pessoal e interpessoal.

Com o intuito de elaborar o projecto delineamos o seguinte objectivo:

- Elaborar um projecto referente a um Grupo de Ajuda Mútua (GAM) para posterior implementação na Unidade de Neonatologia, no sentido apoiar os pais de crianças com doença crónica (Imigrantes e Portugueses);

A fim de dar resposta este objectivo: a) elaborou-se em formato escrito o projecto para posterior implementação (Ver Anexo XVI); b) contactámos elementos da equipa

multidisciplinar para futura participação no projecto, nomeadamente enfermeiros e um pediatra, todos mostraram disponibilidade e interesse em participar; c) solicitámos a colaboração da equipa do Banco do Bebê, nomeadamente, a Psicóloga, a Assistente Social e a Fisioterapeuta, demonstrando bastante receptividade e disponibilidade; d) fizemos o levantamento do nº de pais de crianças com doença crónica, que são acompanhados na consulta de desenvolvimento de pediatria da MAC, e uma posterior triagem para se contactarem e convidarem a integrar o GAM.

Segundo BOTELHO (1994, p.35), projecto significa lançamento “*para diante*”, ou seja pressupõe passar do desejo à intenção e da intenção à acção. O trabalho de projecto é portanto mais que a expressão de um desejo, requer um sentido para uma determinada acção reflectida, esclarecida e planeada. Reflecte a imagem de uma realidade futura que se antecipa.

Muito nos questionámos ao longo deste estágio acerca do impacto que o GAM terá para os pais, para as crianças e até para os enfermeiros. Pareceu-nos ter conseguido contagiar toda a equipa e também os pais com o desejo de investir na implementação deste projecto, reflectindo, esclarecendo dúvidas e operacionalizando as actividades necessárias ao seu surgimento.

Neste âmbito surgiu então a necessidade de fazer formação à equipa, pelo que traçámos mais um Objectivo:

- Desenvolver no serviço uma estratégia de assistência sistematizada ao RN e família que implique a formação dos enfermeiros na área da ajuda mútua/ Doença Crónica e Implicações na Família;

Decidiu-se conjuntamente com a enfermeira orientadora e a equipa, que seria pertinente abordar o tema: “*A Doença crónica na criança e as implicações na família/ Grupos de Ajuda Mútua*”. Tratámos assuntos relativamente à doença crónica e as implicações na família, assim como a apresentação do projecto GAM. A formação foi apresentada em quatro momentos, para proporcionar a participação de um maior número de elementos da equipa, e assim incentivar o seu envolvimento no projecto.

Considerámos que seria oportuna também, a participação de Enfermeiras que estão envolvidas em projectos de GAM noutras instituições para partilharem as suas

experiências connosco e fazermos uma reflexão conjunta. Duas enfermeiras do Hospital de Setúbal, com vários anos de experiência em GAM, estiveram presentes e foi ótima a sua participação, pois como já passaram por este processo puderam ajudar-nos e aconselhar-nos em vários aspectos relativamente ao início do projecto. Partilharam connosco as suas experiências vivenciadas em contexto grupal e ficou agendada a nossa participação numa reunião do GAM com as referidas colegas, para podermos perceber na prática como se organiza uma reunião com os pais.

Houve uma boa adesão por parte da equipa multidisciplinar, onde foi permitida a partilha de experiências no decorrer das sessões e foram discutidos vários aspectos do futuro projecto (Ver Anexo XVII).

Com esta formação pretendemos contribuir para a sensibilização dos enfermeiros e outros técnicos de saúde para a problemática das implicações da doença crónica nas famílias, por vezes de si já desorganizadas. Questionámo-nos acerca de alguns aspectos, como: as permanentes agudizações, requerendo aprendizagens constantes, as mudanças nas rotinas diárias e os obstáculos que a doença impõe nos exigentes cuidados à criança, que fazem com que alguns pais abdicuem dos seus objectivos pessoais e/ou profissionais, pondo por vezes de parte as suas metas. Por outro lado reflectimos sobre a importância que os grupos de ajuda podem ter, sendo promotores do suporte social de que os pais de crianças com doença crónica podem beneficiar, quando os integram, sobretudo no que se refere ao aumento dos níveis de iniciativa individual e à valorização do apoio fornecido.

Nas práticas e princípios de funcionamento, os grupos de ajuda mútua identificam e criam recursos na comunidade, de modo a apoiar os seus membros. Disponibilizam suporte emocional, formativo e instrumental (CHAREPE, 2004).

Sentimos também necessidade de apresentar o projecto aos pais através de uma reunião e de uma formação onde se esclareceram dúvidas e partilharam experiências, pelo que delineamos o seguinte objectivo:

- Dar a conhecer aos pais de crianças com doença crónica a existência de um GAM na MAC.

No sentido de dar cumprimento a este objectivo desenvolvemos as seguintes actividades: a) contactámos os pais por via telefónica e fizemos o respectivo convite para participarem no GAM. Houve uma excelente adesão muito embora alguns nos tivessem referido que só poderiam participar quando se desse início ao grupo, uma vez que teriam de se organizar com mais tempo, mas tinham imenso gosto em participar.

b) realizou-se a formação e a primeira reunião com os pais (estiveram presentes apenas três pais, mas dado o tempo disponível, foi bom) onde se deram as boas vindas, fizemos uma apresentação e breve explicação sobre GAM, o seu funcionamento, a periodicidade e duração das reuniões, assim como esclarecimento de dúvidas (Ver Anexo XVIII).

Relativamente ao nome a atribuir ao grupo, ainda não se reuniu consenso, mas já existem várias alternativas que a equipa e os pais foram apresentando.

A formação neste caso, visa ajudar os pais e as suas famílias a identificarem os seus problemas de saúde, fornecer-lhes os meios suficientes, de forma a torná-los capazes de tomar decisões e lidarem de um modo mais eficaz com a sua saúde, assumindo uma maior responsabilidade individual.

Todas estas experiências referenciadas foram enriquecedoras e permitiram ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional a possibilidade de desenvolver competências através do experienciado na prática de cuidados, permitindo um amadurecimento profissional, como futura EESIP. Pensamos ter conseguido utilizar estratégias motivadoras para a família para a assumpção dos seus papéis em saúde, proporcionámos conhecimentos e aprendizagens à família facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, incentivando-a a adoptar comportamentos potenciadores de saúde, demonstramos na prática, conhecimentos de estratégias promotoras de esperança, negociámos o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN e facilitamos a comunicação expressiva de emoções (ORDEM ENFERMEIROS, 2010).

Acreditamos que este projecto reúna condições futuras para ser implementado, uma vez que todos os envolvidos mostraram grande disponibilidade para que se torne possível.

2.4. IGUAIS OU DIFERENTES? O DIREITO À DIFERENÇA...

O estágio em Urgência Pediátrica decorreu no período compreendido entre 3 e 28 de Janeiro de 2011 no **Hospital Dr. Fernando Fonseca – Mód. III**.

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), EPE foi criado por Decreto-Lei em Outubro de 2008 que definiu o seu novo estatuto jurídico, de entidade público-empresarial, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada. É um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes.

A atribuição do nome Fernando Fonseca a este Hospital é uma homenagem ao **Professor Doutor Fernando Fonseca**, um dos mais notáveis médicos da sua geração.

Pioneiro em Portugal na Acreditação, Acreditação e Certificação Healthcare Accreditation and Quality Unit (HAQU) o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE obteve, em Junho de 2009, a 2ª reacreditação conferida pela Unidade de Acreditação e Qualidade de Cuidados de Saúde da CHKS, assim como a recertificação, pela norma ISO 9001:2000, dos Serviços de Anatomia Patológica, Farmácia, Imagiologia, Imunohemiterapia e Patologia Clínica. Ainda no âmbito da ISO 9001, o Departamento Central de Esterilização obteve, também naquela data, a sua 1ª certificação ISO 9001:2000.

O Hospital reforçou, desta forma, o seu compromisso com a qualidade e, mais uma vez, foi pioneiro ao ser reacreditado pelas normas do programa de Acreditação Internacional para Hospitais da Healthcare Accreditation and Quality Unit de acordo com o Manual Internacional de Acreditação de Hospitais de 2006. O Hospital tem como política de qualidade a melhoria contínua quer dos cuidados de saúde quer dos serviços de gestão e apoio, de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes.

- **Urgência Pediátrica**

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade a crianças (dos 0 dias aos 18 anos) com situações clínicas, psicológicas ou sociais emergentes ou urgentes.

O acesso ao serviço de Urgência pediátrica no HFF faz-se por meio do sistema de triagem de Manchester, que está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos

Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Este sistema permite através de um protocolo clínico classificar a gravidade da situação de cada criança/jovem que recorra a este Serviço.

Após efectuar a sua inscrição na Admissão de Doentes a criança é encaminhada para o gabinete de triagem, que é feita pelos enfermeiros, onde será submetida a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas ou de sinais que permitem atribuir uma cor que corresponde a um grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado, até à primeira observação médica. Existem 5 cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada uma representando um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para a criança ser submetido a observação médica. Seguidamente são efectuados os respectivos tratamentos em balcão (sala de tratamentos e sala de aerossóis), e poderão permanecer entre 24 a 48 horas, na UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração ou ainda em sala de Reanimação.

Trata-se de um serviço acolhedor, e adequado à população pediátrica.

A área de influência do Hospital Dr Fernando Fonseca (concelhos de Amadora e Sintra) caracteriza-se por um território de fortes características de identidade com a área Metropolitana de Lisboa, que resultam da sua diversidade social, cultural e étnica. Por essa razão a Urgência Pediátrica recebe crianças/Jovens/famílias provenientes das mais variadas culturas e minorias étnicas, em contexto de urgência, o que teve influência na escolha deste local de estágio.

Os objectivos de estágio foram adaptados às necessidades objectivas e formativas do serviço pelo que elaboramos o seguinte Objectivo Específico:

- Realizar o diagnóstico situacional relativamente às dificuldades dos enfermeiros no cuidar transcultural;

A fim de dar resposta ao objectivo traçado realizamos as seguintes actividades: a) reuniões informais com a enfermeira orientadora, a enfermeira chefe, o enfermeiro coordenador e a equipa (nos momentos de passagem de turno, com entrevistas informais), para identificar as necessidades reais do serviço; Todos os enfermeiros foram unânimes em responder que as maiores dificuldades na relação terapêutica com culturas diferentes se centravam nos utentes de etnia cigana.

Decidiu-se conjuntamente com a enfermeira orientadora e o enfermeiro coordenador, que seria profícuo realizar um estudo acerca da cultura cigana pelo que b) elaboramos um trabalho sobre a cultura cigana abordando os aspectos mais importantes, como o seu passado histórico, a actualidade, as características mais marcantes, nomeadamente no que se refere à comunicação, relações familiares, práticas e crenças de saúde (Ver Anexo XIX). Com este trabalho pretendemos compreender de forma mais precisa as características desta cultura, com o intuito de colmatar as dificuldades referidas, pois conhecendo bem, as suas origens a sua história e os seus valores fundamentais e tradições, melhor podemos compreender os elementos que a compõem. São reconhecidas pelos enfermeiros as diferenças culturais desta etnia, no entanto a manifesta dificuldade em cumprir regras e aguardar de forma ordeira a sua vez, gera situações que dificultam o bom funcionamento da Urgência Pediátrica (UP); c) efectuámos três momentos de formação permitindo a toda a equipa reflectir e partilhar experiências sobre o tema (Ver Anexo XX). Esta actividade permitiu promover oportunidades de reflexão sobre a prática, em equipa, uma vez que todos os intervenientes conheciam através da experiência vivida, a realidade do tema tratado. Contudo, quando confrontados com situações particulares nos diferentes contextos das relações estabelecidas com o utente de etnia cigana, a opinião dos enfermeiros foi unânime em reconhecer a necessidade de modificação de algumas práticas, visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como a satisfação dos utentes e dos enfermeiros.

Reflectimos sobre aspectos como: o cigano é grato e reconhecido para quem lhe faz bem. Os filhos são a alegria dos pais. A fecundidade é a grandeza para a mulher. O cigano teme a solidão, a doença e a morte, é fatalista. Tem um grande respeito pelos mortos e aceita a ordem natural das coisas. Refugia-se na família e no grupo (FIGUEIREDO, 1999). É também solidário na doença, mas tem dificuldade em aceitar regras e as visitas são geralmente perturbadoras. Para CUNHA (2001), é um facto que é notória a dificuldade de um cigano se relacionar com um não cigano pelas enormes distâncias culturais. A mesma autora refere ainda que um cigano não vai ao Centro de Saúde quando está doente, pois teria de marcar consulta, vai sim à urgência, mesmo que não se trate de uma situação urgente, onde exige ser atendido o mais rapidamente possível, podendo às vezes usar a violência. Pensamos que o enfermeiro deverá ver o cigano sem o dissociar da sua bagagem cultural, respeitando os seus valores, as suas

escolhas e as suas prioridades, no entanto tem que de forma segura, inculcar regras e valorizar a importância do respeito pelos outros.

A formação em serviço pode ajudar os profissionais a reflectir na sua prática, para que esta ganhe sentido. Ajuda-os a identificar a sua zona de liberdade, o que permite muitas vezes iniciar mudanças, ou pelo menos atenuar algumas pressões ou stresses vividos (HESBEEN, 2000).

Paralelamente a estas actividades d) elaborámos também um “Livro de Bolso” onde foram descritos os aspectos mais significativos das diferentes religiões, permitindo um acesso fácil e rápido para esclarecimento de eventuais dúvidas, no atendimento das crianças e famílias. Ficaram três exemplares no serviço, distribuídos pela Sala de Triagem (ST), Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), e Sala de Tratamentos (ST) (Ver Anexo XXI).

e) Foi também feita uma pesquisa sobre a mediação cultural para a etnia cigana nas instituições de saúde em Portugal, o que permitiu verificar que tem ainda pouca expressividade. No entanto procurou-se demonstrar o quão importante é o desenvolvimento de estratégias que possibilitem, o acesso igualitário aos diferentes serviços de saúde, por parte da comunidade cigana.

O aparecimento da figura de mediador cultural, através da Lei n.º 105/2001, veio de certa forma ajudar a resolver algumas questões, no que diz respeito, a características muito marcadas desta cultura, como por exemplo, a permanência das visitas no hospital, uma vez que quando um cigano adoece e é internado, é dever dos familiares mais próximos acompanhá-lo e estarem continuamente presentes nesse momento difícil (Ver Anexo XXII).

A figura do Mediador Cultural para a Etnia Cigana é ainda recente, não se dispõe de estudos que possam garantir a sua eficácia, no entanto, os testemunhos dos vários envolvidos é unânime a confirmar que as melhorias são visíveis e muitas.

Neste âmbito e no sentido de reunir mais informação, solicitou-se a colaboração de um mediador a trabalhar no Hospital Dona Estefânia, que foi de imediato aceite, respondendo a um formulário e fornecendo todas as informações que entendeu úteis, com o intuito de poder ajudar (Ver Anexo XXIII). Deixou-se como sugestão aos

enfermeiros da UP, fazerem uma reflexão sobre a possibilidade de apresentar um projecto sobre a mediação Cultural para a Etnia cigana, no Hospital Fernando da Fonseca que seria uma mais-valia, na mediação de conflitos.

Todas estas actividades foram partilhadas e discutidas nos vários momentos de formação, e ficaram em suporte de papel e suporte informático em dossier na UP.

Os enfermeiros neste serviço têm os pais como parceiros nos cuidados à criança/jovem, promovendo e fomentando a parentalidade efectiva e responsável e a vinculação. Quer incentivando-os a permanecerem junto dos filhos durante todos os procedimentos e a participar nos cuidados, quer através de ensinamentos pontuais e educação para a saúde, o que permite capacitá-los de forma a serem responsáveis no processo saúde/doença dos seus filhos.

Foi enriquecedor desenvolver competências na optimização da saúde à criança/jovem e família, quer com as actividades desenvolvidas quer na prestação de cuidados em situação de urgência, dando resposta às necessidades do seu ciclo de vida e de desenvolvimento. Tendo em conta que possuíamos poucas habilidades e competências na comunicação com a criança nas fases de desenvolvimento pré-escolar, escolar e adolescente, o facto de poder acompanhar a criança/família durante todo o seu percurso na UP, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento, culturalmente sensíveis, foi de todo essencial e permitiu um desenvolvimento pessoal/profissional que sentia como necessário nesta fase de formação e enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Pudemos também negociar a participação da criança/família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, facilitamos o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

Com a elaboração de documentos facilitadores da prática de cuidados à criança/família da cultura cigana, acreditamos que a grande mudança se fará sentir nas crianças/famílias desta etnia que recorrem à UP e que se verifique por parte dos enfermeiros uma mudança de atitude no relacionamento e na forma de comunicar com eles, *“desenvolvendo a arte de ser; usando a imaginação e construindo um futuro do que pode ser, em vez de se conformar com o que é”* (WATSON, 2002, p. 229).

3. CONCLUSÃO

Chegar ao fim de um percurso tão longo, por vezes difícil, mas significativo e compensador é uma sensação de aprazimento. Todas estas marcas referenciadas no decurso do período em apreço foram enriquecedoras e permitiram ao nível do desenvolvimento pessoal a possibilidade de desenvolver competências que nos fazem olhar de forma diferente e ter uma atitude reflexiva e atenta, proporcionando um amadurecimento profissional, como futura EESIP.

No decorrer de todos os estágios contactámos com realidades ricas, repletas de diferentes ensinamentos no âmbito dos cuidados à criança/jovem e família em situação de cuidados de saúde da comunidade, de internamento e de urgência, onde cada actividade desenvolvida, reflectida e contextualizada traduziu um grande impacto quer no nosso desenvolvimento pessoal e agir profissional enquanto EESIP, quer no reconhecimento demonstrado pelas várias equipas de enfermagem que integraram os serviços envolvidos.

Em todo este percurso se salientou a importância da reflexão da prática de enfermagem como instrumento de aperfeiçoamento das nossas atitudes e tomadas de decisão, sempre com base na evidência científica. Temos cada vez mais consciência que a experiência por si só não significa conhecimento, precisa de ser amadurecida, discutida, reflectida e conceptualizada para assim se transformar em conhecimento e poder enriquecer “*o saber estar*”, “*o saber ser*” e o “*saber fazer*” de cada um de nós, mas o fundamental é termos abertura e disponibilidade para todos os dias aprendermos, sermos melhores e contribuirmos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foi-nos possível cumprir os objectivos inicialmente traçados em projecto de estágio, muito embora alguns tivessem de ser (re)estruturados ou readaptados aos vários contextos da prática. Das diversas estratégias de intervenção destacamos a elaboração de instrumentos facilitadores da prática, (ficha de Sinalização de Crianças e Jovens em Situação de Risco ou Perigo, tradução e reestruturação de guias orientadores), elaboração de um projecto para criação de um Grupo de Ajuda Mútua para pais de crianças com doença crónica, assim como proporcionámos vários momentos de reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem.

Corroboramos com MARSHALL e LUFFINGHAM (1999, p. 23) quando referem que, *“os enfermeiros especialistas devem actuar como coordenadores dos cuidados, utilizando e partilhando os seus conhecimentos e capacidades, sendo concomitantemente agentes de mudança”* pelo que, consideramos que todos os contributos que retirámos deste percurso de formação, não podem ser considerados como uma etapa que aqui termina, mas sim, constituir-se como um ponto de partida para novas reflexões, dando sentido ao nosso desenvolvimento pessoal e profissional, mas também da profissão de enfermagem.

Nesse sentido, é com sentida gratidão e orgulho, que devemos referir e enaltecer a importância que assume tão nobre missão de ser enfermeiro que, hoje como ontem, continua a justificar e fortalecer os seus históricos alicerces.

Realçamos a imprescindível e notável actividade que, fortemente e continuamente marcada pela competência, disponibilidade, entrega e dedicação aos outros em prol do bem-estar comum, de cada um, e da sociedade em geral, tem granjeado o reconhecimento desta classe profissional, sendo pacificamente aceite e considerada como um dos pilares e uma referência incontornável da saúde a nível mundial.

Honrando a vocação indissociável destes pressupostos compete-nos agora a nós dar continuidade a tão valiosa herança encontrando sempre motivação na responsabilidade de procurar servir bem e cada vez melhor o individuo e a comunidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson, Correia – *A Anamnese em Contextos Multiculturais: Avaliação Inicial e Recurso aos Cuidadores Informais* in LOPES, José Carlos dos Reis [et al]- *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para Melhor Cuidar*. Loures: Lusociência, 2009. 272p. ISBN 978-972-8930-45-5.

- ABREU, Wilson, Correia – *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, 2008.126 p. ISBN 978-972-8485-96-2.

- ALMEIDA, Filipe – *Ética em Pediatria*. In SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. 223 p. ISBN 972-0-06033-6.

- ALTO COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL- 2010, Disponível no sítio: www.centro.documentação.gov.pt ou www.oi.acidi.gov.pt, consultado a 11/7/10.

- AZEVEDO, Carlos. A. M.; AZEVEDO, Ana G. – *Metodologia Científica: Contributos práticos Para a Elaboração de Trabalhos Académicos*.9^a ed. - Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.180 p. ISBN 978-972-54-0212-2.

- AZEVEDO, Mário – *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares*. 7^a ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009-216 p. ISBN 978-972-54-0247-4.

- BARRADAS, Alexandra Maria Carapito Ramos; PEREIRA, Maria Adelaide; RODRIGUES, João Paulo Vieira – *O cuidar Multicultural como estratégia no futuro*. Nursing Lisboa. nº 252 (Dezembro 2009), p. 8-13. ISSN 0871-6196.

- BRAZELTON, T. Berry – *O Grande Livro da Criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*.11^a ed. Barcarena. Editorial Presença, 2009 – 535 p.

- BENNER, Patrícia – *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X. 295 p.

- BOLANDER, Nerolyn Rae – *Enfermagem Fundamenta: Abordagem Psicológica*.3^a ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.

- CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (1986) 1^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21.

- CASEY, Anne – *Development and Use of Partnership Model of Nursing Care*. In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – *Advances in Child Health Nursing*. London. Scutari, 1993. 193p.
- CHAREPE, Zaida Borges - *Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica*. Nursing. 2004, 191p.
- *Código deontológico dos Enfermeiros*. D.R. I Série. 93 (1998-04-21) 1754-1755
- COSTA, Julieta e PAIXÃO, Lúcia - *Cuidar em contexto multicultural* In: Ryalidades. revista da Associação de Enfermagem do Hospital Curry Cabral. prop, Lisboa. 2005. Nº5.p. 28-30.
- CUNHA, M. F. N. da. *A pedagogia holística face às exigências de uma nova educação*. Rio de Janeiro, Téc. Educ. 1991. v.20, p.34-70.
- CUNHA, Sara Raquel Pedrosa – *A Comunidade Cigana e a Saúde*. Referência. Coimbra. ISSN 0874.0283. n.º 7 (Novembro 2001), p.35-42
- DIAS, Sónia, GONÇALVES, Aldina; - *Migrações e Saúde*. in *Revista Migrações*. 2007. Nº 1, Lisboa, ACIDI.
- FARRELL, M.; - *Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica*. Nursing: *Revista Técnica de Enfermagem*. Lisboa. 1994. 7 (74), 27-28;
- FERNANDES, João José Santos – *O Doente de Etnia Cigana*. Lisboa: Gráfica, 2000.193 p. ISBN 972-98149-4-5
- FIGUEIREDO, Filipe de – *Os ciganos em Portugal, direito à diferença*. Communio. [s.l.]. n.º4 (Junho/Agosto 1999), p. 320-331.
- FELICIANO, Fátima - *Método Canguru, o prosseguir da vinculação pais – bebé prematuro*. Editora: Almedin., 2007.
- FIKAC, Lisa B.- *O Recém- Nascido de Risco: Problemas Relacionados Com a Idade Gestacional* In *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Edição. São Paulo: Artmed Editora LTDA, 2002. p. 775-810. ISBN 85-7307-787-5.
- FINE, Julia M.B. – *Modelo de Interação Pais-Filhos*. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile– *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ªed. Loures: Lusociência, 2004. 749 p. ISBN 972-8383-74-6
- FONSECA, Maria Lucinda; ESTEVES, Alina; McGarrigle, Jennifer; SILVA, Sandra - *Saúde e Integração dos Imigrantes em Portugal: Uma Perspectiva Geográfica e Política*. 2007. Disponível em: <http://www.ceg.ul.pt/mcm/migracoesart.pdf>, consultado em 4 de Janeiro de 2011.

- FONSECA, Maria José L. – Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem - Perspectiva do docente. Coimbra: Formasau, 2006 -125p. ISBN: 972-8485-68-9.

- GONÇALVES, Aldina et al – Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. Revista Portuguesa de Saúde Pública - Acesso aos serviços de saúde. VOL. 21, Nº 1, Janeiro/Junho. 2003.

- GRECO, Rosangela Maria; Tomada de Decisão em Enfermagem . Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Enfermagem. 2009.

Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2009/08.pdf>, visitado em 9 de Fevereiro de 2011.

- GUIMARÃES, Hercília; TOMÉ, Teresa; VIRELA, Daniel; MIMOSO, Gabriela; - *Nascer Prematuro: Um manual para os pais dos bebés prematuros*. 1ed. Porto: Ligrate. 2007, 178 p. ISBN 978-989-20-0952-0.

- HENRIQUES, Maria Adelina Oliveira Graça. *Argumentos para uma viagem sem regresso: a imigração PALOP por via da saúde: um estudo de caso*. Lisboa: ISCTE, 2009. Tese de mestrado. Disponível em: <http://www.repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/1809>, visitado em 8 de Outubro de 2010.

- HESBEEN, Walter - *Cuidar no Hospital Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000. ISBN 972-8383-11-8

- HESBEEN, Walter - *Qualidade em Enfermagem Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN 972-8383-20-7.

- HOCKENBERRY, Marilyn, J. et al. – Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. ISBN 978-85-352-191-0.

- LEININGER, Madeleine - *Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial*. Enfermagem. [s.l.]. n.º 10 (Abril/Junho 1998): Gráfica 2000, p.32-36, ISSN-0871-0775.

- LOPES, José Carlos dos Reis [et al]- *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para Melhor Cuidar*. Loures: Lusociência, 2009. 272p. ISBN 978-972-8930-45-5.

- MANO, M. J. - *Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais*. Referência: revista de formação e educação em enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. 2002. (8), 53-61;

- MARSHAL, Zoe, LUFFINGHAM, Nikki – *O enfermeiro especialista versus generalista*. Nursing. Lisboa. 1999. Ano11, Abril, nº 132. p. 18-23. ISSN: 0871-6196.
- MELEIS, A.; SAWYER, L.; MESSIAS, D. ; SCHUMACHER, K. *Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Teory*. Advances Nursing Science. 2000. nº 23 (1): p.12-28.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde. 2004.
- MONTEIRO, Vieira - *Multiculturalismo e Cuidados de Enfermagem*, In: Pensar Enfermagem/prop. UI&DE; Lisboa, 2005, Vol. 9, nº 1, p. 48-57.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - *Código Deontológico do enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, 2010.
- ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. - *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> - visitado em 8 de Outubro de 2010.
- OSSWALD, W. - *A relação enfermeiro doente e a humanização dos cuidados de saúde*. Cadernos de Bioética, n.º23. 2000, p.44.
- RAMOS, N. - *Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma Comunicação Intercultural*. Revista Portuguesa de Pedagogia. 2001, nº 2. p. 155-178. ISSN 0870-418.
- RILEY, Julia, Balzer – *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-81-9.
- SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I.- *Transitions: a central concept in nursing*. Image: Journal of Nursing Scholarship, Indianápolis, v. 26, n. 2, p. 119-127, 1994. Disponível em: <http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/Pages/references.aspx> - visitado em 01 de Janeiro de 2011.
- SILVA Jr. A.G.; MASCARENHAS M.T.M. *Avaliação da atenção básica em saúde sob a óptica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos*. In: Pinheiro R, Mattos R.A., organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 241-57.

- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.
- VIEIRA, Margarida – *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. 158 p. ISBN 978-972-54-0195-8
- WELCH, Alice Z. – *Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade* in TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência, 2004. 750p. ISBN 972-8383-74-6.
- WATSON, Jean - **Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um Novo Paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 299p. ISBN 972-8383-37-1
- *Diário da República*, 2.ª série — N.º 251 — 29 de Dezembro de 2010. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Despacho n.º 19264/2010.
- Convenção sobre os Direitos da Criança: www.unicef.pt
- Carta da Criança Hospitalizada: www.spp.pt
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE A DIVERSIDADE CULTURAL – UNESCO, 2002.
- DECRETO – LEI nº 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

ANEXOS

ANEXO I – Relatório da Formação “RN Prematuro Realidade Hospitalar Articulação
com os ACES”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

RN PREMATURO REALIDADE HOSPITALAR ARTICULAÇÃO COM OS ACES

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



ACES DE OEIRAS, MAIO 2010

No sentido de dar resposta a uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem do ACES de Oeiras, comunicada pela enfermeira orientadora e pela equipa, decidiu-se realizar uma acção de formação sobre a temática do bebé prematuro e das suas especificidades. A formação contemplará ainda a realidade hospitalar que se vive em duas unidades específicas, Unidade de Cuidados intermédios Neonatais da MAC e Unidade de Neonatologia do HPP - Hospital de Cascais - assim como a articulação que existe entre os Hospitais e os ACES e a qualidade e fragilidade da mesma. Desta forma, e uma vez que exercemos a nossa actividade profissional em Unidades de Neonatologia pudemos partilhar a nossa experiências, a realidade vivida nas unidades e todo o processo pelo qual passa um recém-nascido prematuro até ao tão desejado momento da alta.

Desejamos contribuir para:

- A melhoria da qualidade dos cuidados
- Aquisição de conhecimentos e competências a este nível
- Esclarecer dúvidas
- Desmistificar crenças em relação aos bebés prematuros
- Partilha de experiências e reflexão
- Melhorar orientação nas consultas de vigilância de saúde de pediatria – Com a elaboração do **MANUAL DE SUPORTE À CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO RECÉM- NASCIDO PREMATURO** - o encaminhamento poderá ser feito o mais precocemente possível para as diversas áreas específicas de acordo com a situação do bebé.

Formação em Contexto de trabalho

A formação é uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados. Esta apresenta-se como um excelente meio de desenvolvimento de potencialidades por parte de quem a experiencia, habilitando-nos a ser profissionais com capacidade

crítica para poder transformar positivamente os nossos contextos de trabalho (LUZ, 2008).

A formação deve ser contínua ao longo do nosso percurso profissional para que possamos estar à altura de todas as solicitações e desafios que nos vão surgindo e actualizarmo-nos neste mundo que freneticamente se vai mudando tornando uma verdade hoje, mentira amanhã.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro especialista fomentar a formação contínua nos seus pares, promovendo acções de formações para a sensibilização de temáticas que vão de encontro ao interesse e necessidades sentidas pelos enfermeiros nos locais onde se encontram (OLIVEIRA, 2009). Como tal, considerámos de extrema importância que durante a nossa permanência no ACES de Oeiras, não só como alunas de enfermagem do Mestrado de Saúde Infantil e pediatria mas também enquanto enfermeiras de uma Unidade de Neonatologia, colaborar com a equipa de enfermagem e contribuir para a senilização da equipa nesta área temática que nos é tão familiar.

Para a concretização desta acção de formação foram definidos os seguintes objectivos gerais e específicos:

Objectivo Geral

☒ Desenvolver no ACES de Oeiras uma estratégia de assistência sistematizada à criança/família que implica a formação da equipa de enfermagem na área da Prematuridade

Objectivo Específicos

- ⇒ Contribuir para consolidação de conhecimentos sobre a temática apresentada;
- ⇒ Dar a Conhecer a realidade Hospitalar de duas Unidades Neonatais Especificas MAC e HPP Hospital de Cascais;
- ⇒ Partilhar experiências profissionais
- ⇒ Reflectir sobre a articulação existente entre a realidade hospitalar e ACES;

Destinatários: Enfermeiros do ACES de Oeiras**Data:** 27 de Maio de 2010**Hora:** 13h**Local:** Sala de reuniões no piso -1 do ACES**Avaliação**

Dos 39 enfermeiros que desempenham funções no ACES de Oeiras, 25 assistiram à formação.

Os enfermeiros que exercem funções na Unidade de S. Julião não puderam estar presentes uma vez que se encontravam em reunião da unidade.

No final da sessão foram entregues questionários de avaliação sendo que os itens que compunham o instrumento de avaliação foram na sua totalidade satisfatórios.

Foram incluídos no questionário de avaliação os seguintes itens :

ESCALA DE AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4
ITENS AVALIADOS				
Objectivos da acção			2	23
Conteúdos da acção			1	24
A formação proporcionou novos conhecimentos			0	25
Grau de Satisfação			2	23
Utilização de suportes/ documentos/meios audiovisuais			3	22
Duração da acção de Formação			5	20

Segundo o que também pudemos auscultar, de uma forma mais informal, junto daqueles que participaram na formação, todos consideram uma mais-valia, uma vez que lhes permitiu aprofundar conhecimentos na área e no futuro intervir mais adequadamente em situações relacionadas com a prematuridade.

Escola: Universidade Católica Portuguesa		ACES de Oeiras -		
Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria				
Formadora: Isménia – Joana – Raquel		FORMAÇÃO: RN PREMATURO REALIDADE HOSPITALAR ARTICULAÇÃO ACES		
Conteúdos	Objectivos Pedagógicos	Estratégias Pedagógicas / Actividades Pedagógicas	Tempo	Avaliação
• Apresentação da Formadora e da formação; • Conteúdos da formação: -Evolução Histórica do RN; - Vulnerabilidades do rn - Iº ano de vida do rn Prematuro - Articulação com os Aces • Avaliação dos formandos; • Avaliação da formação.	• Criar uma relação empática entre formadora e formandos e vice-versa; • Dar conhecimento dos conteúdos da formação; • Sensibilizar os formandos para a importância do tema e transmitir de forma simples os conteúdos; • Perceber se os formandos compreenderam a informação • Avaliar se os objectivos foram atingidos	• Apresentação das alunas explicando as razões que a levaram a desenvolver este tema; • Apresentação dos conteúdos a desenvolver no decorrer da formação; • Partilhar experiências e permitir e incentivar que os formandos a expressar as suas opiniões e experiências relacionadas com o tema; • Perguntas simples de resposta rápida (Verdadeiras ou Falsas); • Fornecer uma escala numérica para avaliar a formação	• 1 min. • 2 min. • 25 min. • 1 min. • 1 min.	

Assinatura do(a) Formador(a) _____

27/05/ 2010



Questionário de Avaliação da Acção de Formação sobre:
“O Desenvolvimento do RN Prematuro no 1º ano de vida – Realidade Hospitalar e
Articulação com os ACES”

1. Considera a escolha desta temática importante no seu dia-a-dia?

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐

2. Como classifica esta acção de formação quanto ao grau de profundidade?

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐

3. Considera que os temas foram transmitidos de forma clara?

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐

4. Que temas gostaria de ter visto abordados no âmbito desta temática?

5. Como avalia esta acção de formação?

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐

Legenda:

1 – Muito Fraco; 2 – Fraco; 3 – Médio; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

Gratas pela colaboração:

Isménia Gonçalves, Joana Guimarães, Raquel Cabrita

Alunas CMESIP – ICS – UCP

Junho 2010

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

RN PREMATURO REALIDADE HOSPITALAR ARTICULAÇÃO COM OS ACES

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Destinatários: Enfermeiros do ACES de Oeiras

Data: 27 de Maio de 2010 - Hora: 13h

Local: Sala de reuniões no piso -1 do ACES



ESPECIALIDADE EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ALUNAS: Isménia Gonçalves

Joana Guimarães

Raquel Cabrita

ACES DE OEIRAS, MAIO 2010



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Especialidade Saúde Infantil e Pediatria

**ISMÉNIA GONÇALVES
JOANA GUIMARÃES
RAQUEL CABRITA**

**Orientação:
Enfª Salomé Grilo
Enfª Fátima Chumbo**

ACES de Oeiras, Maio de 2010



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES



CONTEÚDOS

- Evolução Histórica do RN
- Vulnerabilidades do RN Prematuro
- O RN Prematuro
- O primeiro ano de vida do RN prematuro
- Articulação com os ACES

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO RN

A Neonatologia (**do latim: ne(o) - novo; nat(o) - nascimento e logia - estudo**), é o ramo da Pediatria que se ocupa das crianças desde o nascimento até aos 28 dias de idade

Pierre Budin, obstetra de origem francesa é considerado o pai da Neonatologia; classificou as crianças em pequenas e grandes para a idade gestacional

1914

Dr. Julius Hess e o Dr. Evelyn Lundeen implantaram unidades de cuidados para recém-nascidos prematuros no Michael Reese Hospital, em Chicago

1923

o pediatra **Albert Peiper** interessou-se pela maturação neurológica dos prematuros

Isménia - Joana - Raquel

www.nascerprematuro.com



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO RN

1940

Foram unificados os critérios de cuidados aos recém-nascidos prematuros e foram inventadas as incubadoras para que se pudesse controlar a temperatura dessas crianças

Budin estudou a influência da temperatura ambiente na mortalidade dos prematuros, tendo sido o primeiro a usar garrafas de vidro com água quente para termorregulação dos bebés durante o transporte neonatal

1953

Dra. Virginia Apgar divulgou no meio científico a sua escala para avaliação do grau de asfíxia neonatal e de adaptação à vida extra uterina (Escala de Apgar)

Isménia - Joana - Raquel

www.nascerprematuro.com



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO RN

Na década de 60 começaram a ser utilizados os monitores cardíacos, as **gasimetrias** arteriais e surgiram antibióticos apropriados para tratar as **sépsis neonatal**

Uma das mudanças mais importantes na Neonatologia foi a atenção intensiva para o recém-nascido prematuro e a introdução da **ventilação mecânica**

Em **1887 Dwyer** utilizou o primeiro ventilador rudimentar de pressão positiva
Em **1888 Egon Braun e Alexander Graham Bell** introduziram a pressão negativa
Em **1953 Donald e Lord** introduziram a uso do ventilador com ciclos

Isménia - Joana - Raquel

www.nascerprematuro.com



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO RN

1971

Gregory, Kitterman e Phibbs introduziram a Pressão Positiva Continua nas vias aéreas (CPAP). Pouco depois **Bird** com a colaboração de **Kirby** desenvolveram o primeiro ventilador neonatal de pressão positiva, o "**Baby Bird**"

A Neonatologia avançou muito nos últimos tempos, conseguindo menores índices de mortalidade e de morbilidade graças a uma maior compreensão das particularidades dos recém-nascidos, por parte dos profissionais, melhores equipamentos e medicamentos

Isménia - Joana - Raquel

www.nascerprematuro.com



BN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACESS

CURIOSIDADES



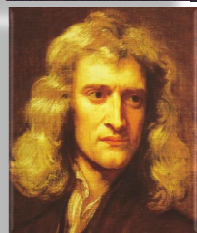
Johannes Kepler - Astrónomo e Matemático Alemão

Nasceu em 1571 e viveu 59 anos

QI estimado de 160

Teve um mau início de vida

Tornou-se o Principal Matemático do Imperador e foi o fundador da Astronomia e da Física Moderna



Sir Isaac Newton - Físico, Matemático e Astrónomo Britânico

Nasceu em 1642 e viveu 85 anos

QI estimado de 170

Isménia - Joana - Raquel



BN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACESS

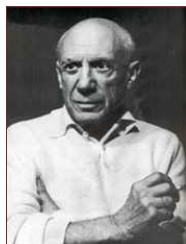
CURIOSIDADES



Francois Marie Arouet De Voltaire - Filósofo e Escritor Francês

Nasceu em 1694 e viveu 84 anos

QI estimado de 180



Pablo Picasso - Artista Espanhol

Nasceu em 1881 e viveu 92 anos

O porto de Málaga na costa mediterrânica espanhola foi o palco do seu dramático nascimento em 25 de Outubro

Isménia - Joana - Raquel



BN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Segundo o Grande Dicionário da Língua Portuguesa, 2002, **Prematuro**: É aquele *“que amadurece antes do tempo”, “que chega antes do tempo normal”*



Isménia - Joana - Raquel



BN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES



Tempo de
Gestação
(semanas)

- Prétermo < 37 semanas (viabilidade 24 ≥ semanas)
- Termo ≥ 37 semanas < 42 semanas
- Póstermo ≥ 42 semanas

Peso ao Nascer

- Baixo peso < 2000g
- Muito Baixo Peso < 1500g
- Extremo Baixo Peso < 1000g

isménia - Joana - Raquel



EM PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Vulnerabilidades do Prematuro



Isménia - Joana - Raquel



(CLOHERTY et al, 2005, p.41)

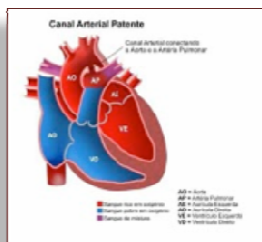


EM PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

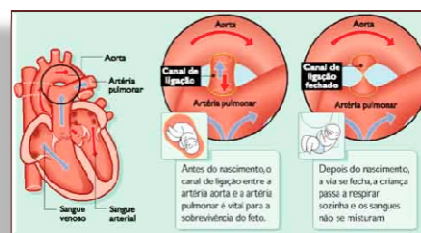
Distúrbios Cardíacos

Após o nascimento, a circulação fetal, que se realizava através da placenta, passa a ser efectuada através do coração e pulmões

- Diminuição do preenchimento capilar
- Manutenção de sinais de dificuldade respiratória apesar de se administrar oxigénio e ventilação



Isménia - Joana - Raquel



(CLOHERTY et al, 2005, p.41)



EM PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios
Cardíacos
(cont.)

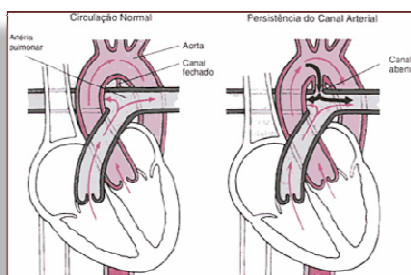


Hipotensão



Persistência do canal arterial

canal que comunica entre artéria pulmonar e aorta
(shunt E-D)



Isménia - Joana - Raquel

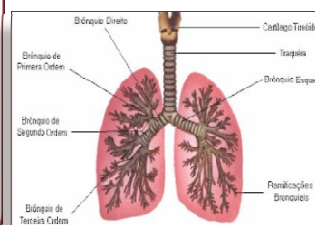


EM PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios
Respiratórios

Desenvolvimento do pulmão depende da idade gestacional e ocorre até cerca das 36 semanas

- Diminuição do nº de alvéolos funcionantes
- Níveis deficientes de surfactante
- Menor lúmen do sistema respiratório
- Maior facilidade de colapso ou obstrução das vias respiratórias
- Calcificação insuficiente dos ossos do tórax
- Reflexo do vômito fraco ou inexistente
- Capilares pulmonares imaturos e frágeis
- Episódios de apneia



Isménia - Joana - Raquel

(CLOHERTY et al, 2005, p.41)



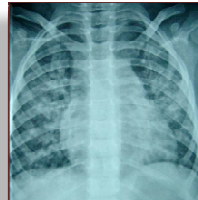
DN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Respiratórios (Cont.)



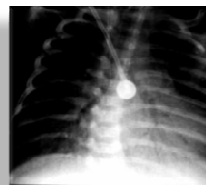
Doença Membrana Hialina

Imaturidade pulmonar, caixa torácica e défice de surfactante



Displasia Bronco-pulmonar

Doença pulmonar crónica decorrente de elevadas concentrações de oxigénio e ventilação mecânica



Isménia - Joana - Raquel

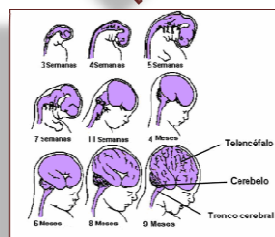
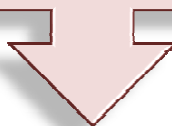


DN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Neurológicos

Imaturidade acentua-se quanto menos semanas de gestação a criança tiver

- Hemisférios cerebrais com deficiente diferenciação entre substância cinzenta e branca
- Fraca mielinização (o córtex cerebral e o tálamo são os últimos a ser mielinizados)
- Fragilidade vascular



Isménia - Joana - Raquel

(CLOHERTY et al, 2005, p.41)



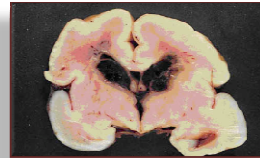
RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Neurológicos (cont.)



Hemorragia intracraniana

Hipóxia, pressão no trabalho de parto, matriz germinativa



Leucomalácia periventricular

Necrose multifocal da substância branca causado por hipóxia



Isménia - Joana - Raquel

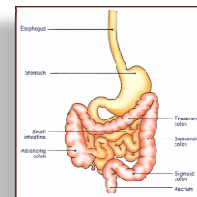


RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Gastrointestinais

- Sucção, deglutição e reflexo do vômito fracos ou ausentes
- Diminuição da capacidade do estômago
- Fraqueza dos músculos abdominais
- Limitado armazenamento de nutrientes
- Diminuição da capacidade de digestão das proteínas ou absorver nutrientes
- Imaturidade do sistema enzimático

A coordenação da sucção e deglutição ocorre cerca das 33-34 sem. Gestação



Isménia - Joana - Raquel

(CLOHERTY et al, 2005, p.41)



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Gastrointestinais (Cont.)



Enterocolite necrosante - NEC

Inadequada irrigação intestinal que pode levar a lesões ficando inflamado, necrosar e provocar a morte



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Hematológicos

- Aumento da fragilidade capilar
- Aumento da tendência para hemorragias
(baixos níveis de protrombina plasmática)
- Desenvolvimento lento dos eritrócitos
- Hemólise aumentada
- Imaturidade da medula



Isménia - Joana - Raquel

(CLOHERTY et al, 2005, p.41)



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Hematológicos (Cont.)



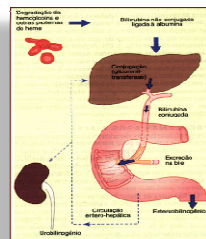
Anemia

Exacerbação da anemia fisiológica normal



Hiperbilirrubinémia

Função hepática imatura



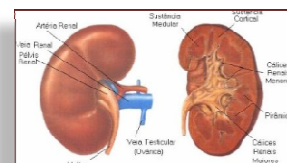
Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Distúrbios Renais

- Incapacidade de excretar de forma adequada os metabolitos e medicamentos
- Incapacidade de concentrar urina
- Incapacidade de manter o balanço hidro-electrolítico e o equilíbrio ácido-base



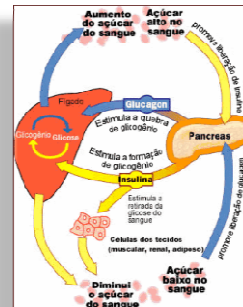
01-05-2011

Isménia - Joana - Raquel

(CLOHERTY et al, 2005, p.41)



Distúrbios Metabólicos



(CLOHERTY et al, 2005, p.41)

Isménia - Joana - Raquel



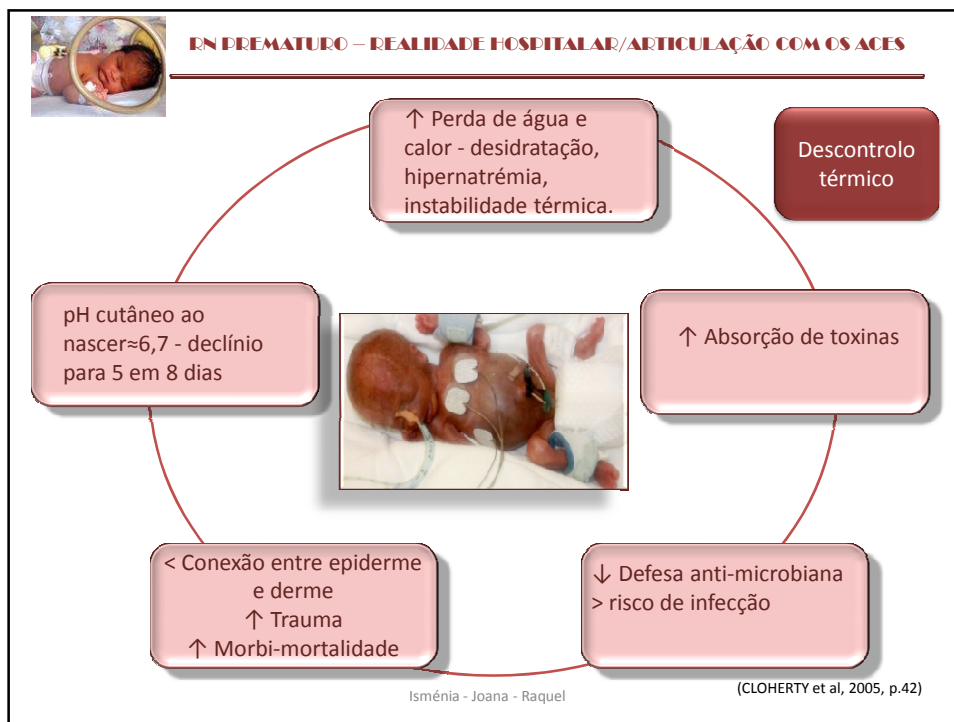
Distúrbios Oftálmicos

- Aumenta a incidência com o decréscimo da idade gestacional



(CLOHERTY et al, 2005, p.42)

Isménia - Joana - Raquel

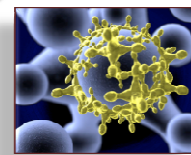
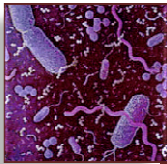




RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Infecções

- Pequeno armazenamento de imunoglobulinas maternas
- Incapacidade para produzir anticorpos
- Debilidade do sistema tegumentar (pele fina e capilares frágeis)



01-05-2011

Isménia - Joana - Raquel

(CLOHERTY et al, 2005, p.42)



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

CAUSAS DE PARTOS PRÉ TERMO

M
A
T
E
R
N
A
S

- Doenças maternas
- Antecedentes de partos prematuros ou abortos de repetição
- Idade da mãe (menor de 18 anos e maior de 35 anos)



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

CAUSAS DE PARTOS PRÉ TERMO

G
R
A
V
I
D
E
Z

- Síndrome de HELLP (eclâmpsia)
- Técnicas de reprodução assistida
- Diabetes/Hipertensão/Infecções Urinárias
- Ruptura prematura de membranas
- Placenta prévia
- Insuficiência cervical
- Malformações do feto
- Gravidez não vigiada



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

CAUSAS DE PARTOS PRÉ TERMO

O
U
T
R
A
S

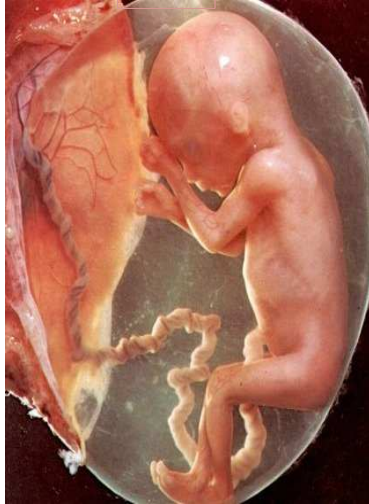
- Situações de stress físico e psíquico
- Hábitos Pouco Saudáveis: Tabaco, SQA's, álcool
- Acidente por impacto

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

ÚTERO



INCUBADORA



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

ÚTERO

- Meio líquido
- Protector
- Ambiente tranquilo
- Luz e Ruído filtrados
- Permite percepção de padrões da voz humana
- Termorregulado
- Sem gravidade
- Experiências sensoriais cíclicas e moduladas – ritmo circadiano
- Interação perfeita
- Necessidades fisiológicas asseguradas
- Contenção e flexão fisiológicas



INCUBADORA

- Meio Seco
- Pouco Protector
- Ambiente gerador de stress
- Luminosidade e ruído excessivos e contínuos
- Ruído de fundo distorce padrão da voz humana
- Temperatura oscilante
- Ação gravitacional
- Experiências sensoriais, excessivas
- Separação mãe filho – limitações ao contacto - dificuldades na vinculação
- Necessidade de autonomia fisiológica

Isménia - Joana - Raquel

(Silva, 2006)



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

UNIDADES DE CUIDADOS NEONATAIS

Tecnologia de ponta:
- Ventiladores
- Monitores
- Incubadoras
- Equipamento Diverso

Elevada
intensidade de:
Ruído
Luz

Pessoal especializado

Manipulação
excessiva



Isménia - Joana - Raquel

(Hockenberry, 2006)



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

CARACTERÍSTICAS DO PREMATURO

- Imaturidade dos seus órgãos e sistemas (**respiração, controle da temperatura, digestão, metabolismo, etc**)
- Mais sensível a determinados factores externos, como **a luz e o ruído**
- Mais **vulnerabilidade** a determinadas **doenças**



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACESS

CARACTERÍSTICAS – Recém Nascido Prematuro

- Tamanho pequeno
- Baixo peso ao nascer
- Pele fina, brilhante e rosada por vezes coberta por lanugo



PREMATURO DE 21 SEMANAS

Isménia - Joana - Raquel

(Silva, 2006)



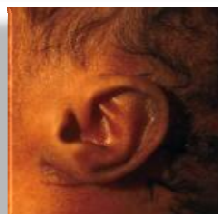
RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACESS

CARACTERÍSTICAS – Recém Nascido Prematuro

- Rede capilar visível
- pouca gordura sob a pele
- cabelo escasso
- Orelhas finas e moles



PREMATURO DE 28 SEMANAS



PREMATURO DE 33 SEMANAS

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS AÇES

CARACTERÍSTICAS – Recém Nascido Prematuro

- ☺ Cabeça grande e desproporcionada relativamente ao corpo
- ☺ Músculos fracos, pouco activo
- ☺ Reflexos de sucção e deglutição fracos ou inexistentes
- ☺ Respiração irregular



PREMATURO DE 25 SEMANAS

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS AÇES

COMPETÊNCIAS – Recém Nascido Prematuro

Hoje em dia sabe-se que:

- ☺ Vêem
- ☺ Ouvem
- ☺ Possuem olfacto, paladar e tacto



- ☺ Diferenciam estímulos
- ☺ Demonstram preferências
- ☺ Reagem ao toque
- ☺ Possuem competências para se protegerem do ambiente (ruído, luminosidade, manipulações excessivas)

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

COMPETÊNCIAS – Recém Nascido Prematuro

Riem....



Feto de **20 semanas** a sorrir

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

COMPETÊNCIAS – Recém Nascido Prematuro

SINAIS DE STRESS

Ao nível do subsistema autónomo pode apresentar

- ⊗ Alterações da frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória
- ⊗ Alteração a nível da coloração da pele que pode ocorrer subitamente e variar entre a palidez, o marmoreado, acinzentado, cianosado, plectórico e ruborizado
- ⊗ Reacções a nível visceral incluindo soluços, bolar, depósitos gástricos, flatulência e diarreia
- ⊗ Espirros, bocejos, tremores e assustar-se facilmente



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

COMPETÊNCIAS – Recém Nascido Prematuro

SINAIS DE STRESS

Ao nível do subsistema Motor **pode** apresentar:

- ⊗ Hipotonia generalizada caracterizada por flacidez do, tronco e extremidades
- ⊗ Hipertonia das extremidades e tronco
- ⊗ Movimentos frenéticos, com actividade difusa, Caretas, franzir a testa, deitar a língua de fora
- ⊗ colocar as mãos sobre a face ou esticar os membros superiores, como que a pedir para se parar com as manipulações



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

FACTORES AMBIENTAIS QUE INTERFEREM NO BEM-ESTAR DO RN

Ruído:

- ⊗ A partir das 28 semanas já têm experiência auditiva *in útero*, conseguindo discriminar o que gostam de ouvir...
- ⊗ A voz materna é o som favorito, especialmente se for num tom alto e doce



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

FACTORES AMBIENTAIS QUE INTERFEREM NO BEM-ESTAR DO RN

Luminosidade:

⊗ De acordo com VANDENBERG (1990), citado por PACHECO (2001), os níveis de luz na Unidade de Cuidados Neonatais, tendem a ser altos, intensivos e consistentes no tempo

⊗ O excesso de estimulação luminosidade pode provocar:

- Alterações na retina e no córtex visual
- Diminuição no aumento ponderal
- Frequências cardíacas mais elevadas
- Actividade motora mais exacerbada



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

FACTORES AMBIENTAIS QUE INTERFEREM NO BEM-ESTAR DO RN

LUZ – Intervenção de Enfermagem

- ⊗ Cobrir a incubadora com uma coberta
- ⊗ Nas incubadoras abertas colocar tenda
- ⊗ Promover períodos de sono com toda a unidade escurecida
- ⊗ Uso de luzes individuais
- ⊗ Nos procedimentos invasivos que requeira mais luz, cobrir os olhos do RN



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

FACTORES QUE INTERFEREM NO BEM-ESTAR DO RN

O toque/manipulação

- ☺ O tacto é o primeiro dos sentidos a desenvolver *in útero*
- ☺ Muito cedo é sensível ao toque, dor e temperatura

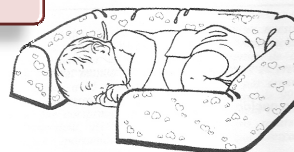


Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

PROTECÇÃO/CONTENÇÃO



É importante proporcionar contenção ao RN, para o ajudar a organizar-se...



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

UMA DAS PREOCUPAÇÕES DA ENFERMAGEM....

Pais como
parceiros



Anne Casey, em 1988 criou o modelo de parceria de cuidados, para utilização no âmbito da pediatria:
“Para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser em forma de protecção, estímulo e amor, sendo assim, ninguém melhor que os pais para os prestar”

Promover
vinculação



Isrémia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

PROTECÇÃO/CONTENÇÃO

Toque
Positivo



Método cangurú:

- Vinculação
- Aleitamento materno
- Controle Térmico
- Segurança/Tranquilidade

Massagem:

- Diminui o stress
- Vinculação



Isrémia - Joana - Raquel

(Guimarães et al, 2009)



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

PROJECTO MAC



Baby Care



- Sistema de Vídeo Conferência
- A qualquer hora os pais podem ver os filhos em casa através da Internet



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

UCN – Cuidados ao RN Prematuro

CUIDADOS DE HIGIENE

Banho Parcial

Dentro da incubadora

O RN não pode sair da incubadora

CPAP
Dependente de O₂



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS AÇES

UCN – Cuidados ao RN Prematuro

CUIDADOS DE HIGIENE

Banho Total
Na banheira

Fora da incubadora

O RN pode sair da incubadora

RN Estável



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS AÇES

Um pequeno....

Olá, eu sou o Jaime, fui muito apressado e saí da barriga da minha mãe com 32 semanas e 5 dias, só pesava 1094g, mas já cresci muito! Tenho 22 dias de vida e 36 semanas de idade corrigida! E já peso 1425g!!
OK, agora que já me conhecem, podem ver o meu filme!! Não me portei muito bem...

Grande Herói!!....



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ASES



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ASES

UCN – Cuidados ao RN Prematuro

ALIMENTAÇÃO

Parentérica
Entérica

Sonda em
Declive



Biberão



*Promovemos a
Parentalidade*

Amamentação



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

ALTA HOSPITALAR



Estabilização do RN/ Bebe
Autonomia alimentar
Peso > 2kg

Função cardiorespiratória estável

Reflexos de sucção e deglutição coordenados

Capacidade de termo-regulação mantida



Autonomia dos pais na Prestação de Cuidados

Avaliação do Ambiente familiar e situação económica



Encaminhamentos necessários
(consultas de vigilância, associações...)

Rastreio metabólico

Rastreio da retinopatia da prematuridade

Rastreio Auditivo

01-05-2011

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

REGRESSO A CASA...

O momento da alta hospitalar, mesmo se muito esperado e desejado pelos pais, pode acarretar de novo alguma ansiedade e preocupação, sobretudo se o internamento do bebé na UCN ficou marcado por problemas de saúde frequentes e/ou graves.



Sentimentos contraditórios

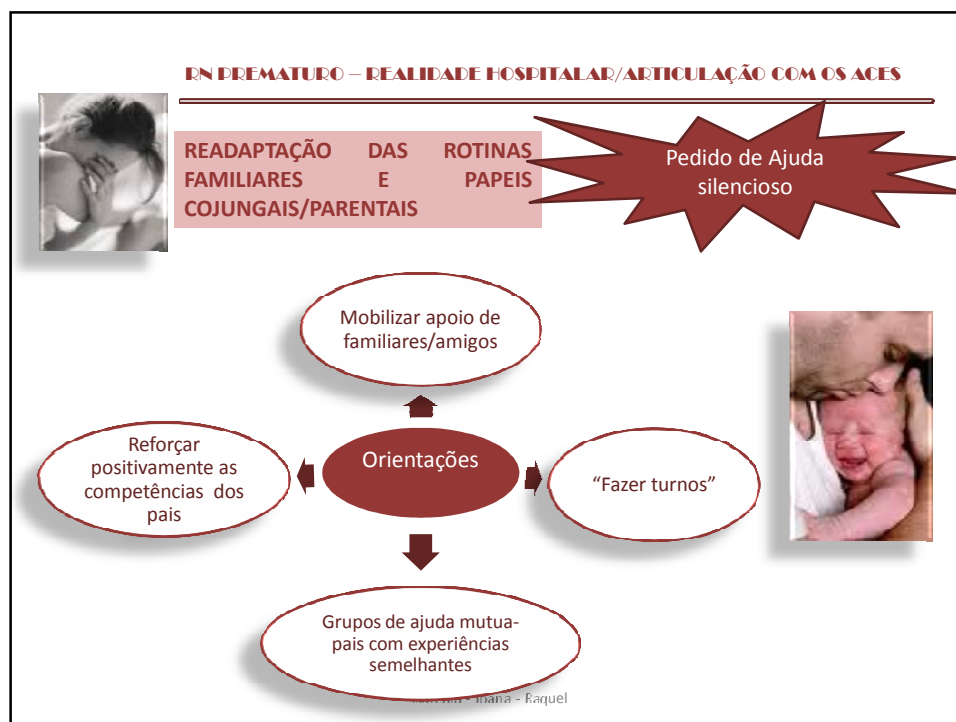
☺ Privacidade
☺ Contacto próximo com os familiares/ amigos
☺ Optimização do seu papel parental em pleno

☹ Insegurança
☹ Exaustão física / psicológica
☹ Perturbações do sono
☹ Sensação de incapacidade em cuidar do seu bebé
☹ Incerteza no futuro em relação ao desenvolvimento do seu bebé



Ajuda

Isménia - Joana - Raquel





RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

Quanto mais Prematuro mais relevante

IDADE CORRIGIDA

↔

Importante nos primeiros 2 anos de vida

EX: criança que nasceu às 32 semanas. Passadas 4 semanas terá 36 semanas

A idade correcta da criança 6 meses após o nascimento é de 4 meses, de idade corrigida

A avaliação do crescimento é feita de acordo com a idade corrigida, através da avaliação do Peso, do Comprimento (corrigir até aos 2 anos) e do Perímetro Cefálico (corrigir até aos 18 meses). Após os 2 anos de idade deixa-se de usar o termo idade corrigida

(MONTEIRO, 2010)




Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

VACINAÇÃO

→

**Após 2 kg
Iniciar PNV**

As crianças pré-termo cuja situação seja satisfatória devem ser vacinadas segundo o esquema recomendado do PNV, com as mesmas doses e na mesma idade cronológica que as crianças de termo

➤ BCG
➤ VHB₁

➤

Ainda em Contexto Hospitalar
 ↓
➤ DTP₁ VIP₁ Hib₁

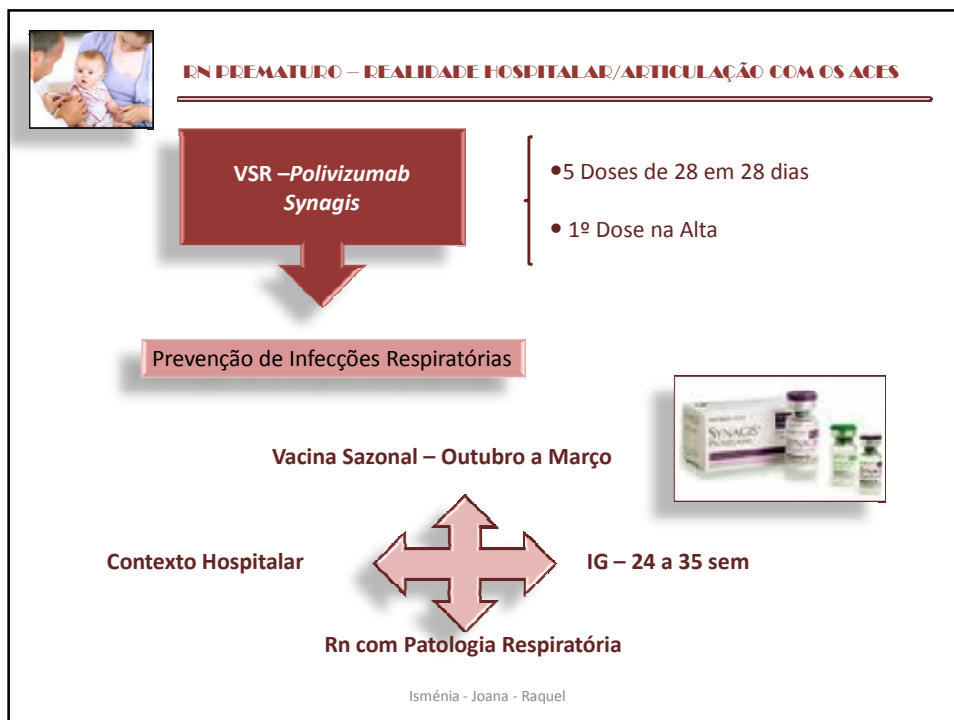
➤ Vacinas extra PNV - segundo indicação médica, nas doses e idades habituais
 ➤ VSR



Nota: as contra-indicações às vacinas são as mesmas dos outros latentes

Isménia - Joana - Raquel
(Guimarães, et al, 2007)

30





RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

ELIMINAÇÃO

Tendência para cólicas



Imaturidade do Sistema Gastro- Intestinal



- ✓ Massagem para alívio de desconforto abdominal
- ✓ Aleitamento materno preferencialmente

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

SONO E REPOUSO

Cada bebe é único !!

Pode dormir mais horas, menos momentos de vigília

Fazer pequenos ruídos enquanto dorme

Inicialmente, pode ter menos tolerância para ruídos, e excesso de estímulos (menos brinquedos, menos distrações, menos contacto visual)

Dificuldade em utilizar estratégias de auto-consolação (Chuchar no dedo, segurar um boneco ou um pano na mão)

Necessita de mais atenção e mais tempo para a prestação de cuidados

• Estabelecer Rotinas

• Promover ambiente calmo e descontraído

Isménia - Joana - Raquel

(Guimarães, et al, 2007)



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

SINAIS DE ALERTA

Alteração do tonus

Assimetria dos movimentos

Problemas de visão

Problemas de audição

Problemas da linguagem

Perturbação global do desenvolvimento (défice cognitivo)



Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

CONSULTAS DE SEGUIMENTO...

Consulta de Desenvolvimento Infantil

- Hospitais- Consulta externa. Ex: HSFx – Cons. do Rn de Muito Baixo Peso
- Instituições privadas (IPSS, Associações...)Ex: Cadin

Consulta de Especialidades Médicas

- Oftalmologia , Neurologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Medicina Física e reabilitação, Nefrologia, psicologia

Consulta de Vigilância de Saúde

- Centro de Saúde
- Pediatra particular



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

INTERVENÇÃO PRECOCE: É uma medida de apoio integrada, centrada na criança e família, mediante acções de educação para a saúde e de acção social, com o objectivo de reduzir os efeitos dos factores de risco ou a deficiência no desenvolvimento da criança

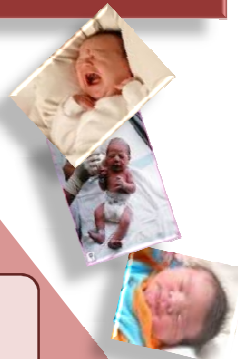
Programas de Intervenção Precoce

Ex: *Francisquinhos, PIPO*

Prestadores de Cuidados



FAMÍLIA → Criança com alterações no desenvolvimento



Fonte: "Conceitos e Práticas em intervenção precoce"- Direcção geral de Inovação e de Desenvolvimento, (2004)
Isménia - Joana - Raquel

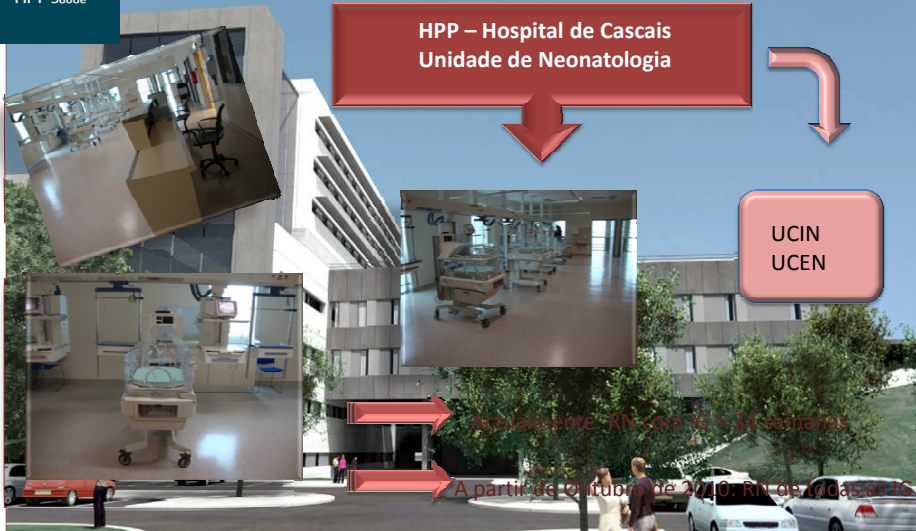


RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

**HPP – Hospital de Cascais
Unidade de Neonatologia**



**UCIN
UCEN**



Atualmente: RN com 13 e 34 semanas

A partir de outubro de 2010: RN de 20 a 34 semanas

Isménia - Joana - Raquel





RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (2003, Janeiro). Que verdade na fase terminal da vida humana. *Enfermagem Oncológica*, 24-35
- Als, H. Reading. (1999). The Premature Infant. In Goldson E. - *Developmental Intervention in The Neonatal Intensive Care Nursery*. New York: Oxford University Press.
- Avery, G. B. (1999). *Perspectivas em Neonatologia: Fisiologia e Tratamento do Recém-nascido* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Medsi.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Bowen, M. (1998). A Reação da família à Morte. In: Mcgoldrick, M., Walsh, F. - *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas. 105-117.
- Brazelton, T. B. (2007). *O Grande Livro Da Criança* (10ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Canam, C. (1993). Common Adaptive Tasks Facing Parents of Children With Chronic Conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 46-53.
- Carreiras, M. (2000, Julho/Setembro). A criança com doença crónica, os pais e a equipa terapêutica. *Análise Psicológica*, 8, (3), 277-280.
- Decreto-Lei nº104/98 D.R. I Série 93 (21-04-98) (1753-1759)
- Despacho nº6/91 D.R. II Série nº139 (20/06/91)
- Direção Geral de Saúde. Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005
- Divisão Hospitalar (2000). Guia de cuidados para os pais prematuros - Reduzir o Risco de VSR. Amadora: Abbott Laboratórios.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, Effective Helping Practices and Family-centered Care. *Pediatric Nursing*, 22, 334-337.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Cross, A. H. (1986). Mediating Influences of Social Support: Personal, Family and Child Outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403-417.

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- European Association for Children in Hospital. (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Leiden. Recuperado em 8 de Agosto, 2009, em <http://www.iacrianca.pt>
- Freitas A., Dias C., Torres J., & Abreu R. (2004). Actuação do Micronato. In *Consensos Nacionais de Neonatologia* (p.17-23). Coimbra: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Frey, K. S., Greenberg, M. T., & Fewell, R. (1989). Stress and Coping Among Parents of Handicapped Children: A Multidimensional Approach. *American Journal of Mental Deficiency*, 94, 240-249.
- Gomes-Pedro, J., Nugent, J. K., Young, J. C., Brazelton, T. B. (2005) A Criança e a Família no virar do Século XX. Lisboa: Editora Dinalivro
- Gómez Papí et al. (1998). Método canguero en sala de partos en recién nacidos a término. *Medicina Fetal Y Neonatologia*, 6, (48), 631-633. Recuperado em 26 Março, 2009, em www.quenoesseparen.info/articulos/documentacion/documentos/CPP_en_RN_a_termino_48-6-12.pdf
- Guimarães H., Tomé T., Virella D., & Mimoso, G., (2007). *Nascer Prematuro. Um Manual para os Pais dos Bebés Prematuros* (1ª ed.). Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa.
- Hamlett, K. W., Pellegrini, D. S., & Katz, K. S. (1992). Childhood Chronic Illness as a Family Stressor. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 33-47.
- Hayes, V. E., & Knox, J. E. (1984). The Experience of Stress in Parents of Children Hospitalized With Long-term Disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 333-334.
- Hentinen, M., & Kyngäs, H. (1998). Factors Associated With the Adaptation of Parents With a Chronically Ill Child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
- Hess, J.H (1987). *Chicago Plan for Premature Infantes*. Recuperado a 23 de Março, 2009 de www.neonatology.org.
- Hockenberry, M., Wilson D., & Winkelstein M.L. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Ed.) São Paulo: Elsevier.
- Jerrett, M. D. (1994). Parents Experience of Coming to Know the Care of a Chronically Ill Child. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1050-1056.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensando Cuidados em Enfermagem*. Loures: Lusociência



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS AÇES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kronenberg, W. G., & Thompson, R. J. (1992). Psychological Adaptation of Mothers of Children With Spina Bifida: Association With Dimensions of Social Relationships. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 1-14.
- Lei nº 7/09. D.R. I Série 30 (09-02-12) 935-942
- Lopes, T. (2003, Março/Abril). Será que o enfermeiro sente/tem dificuldades no cuidado do doente oncológico? *Servir*, 51 (2), 88-94.
- Ludington-Hoe, S., Morgan, K., & Abouelfetoh, A. (2008, June 2). A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Advances in Neonatal Care (Elsevier Science)*, 8 (35), 53-23. Recuperado em 26 Março, 2009 em CINAHL Plus with Full Text database.
- Lusky, R.C. (1994) *A century of neonatal medicine*. Stanford: Midweves.
- Marques, A. Reis et al. (1991, Dezembro). Reações emocionais à doença grave: como lidar com... Coimbra: Consulta de Risco-Clinica Psiquiátrica dos HUC.
- Martins, H. (1957). Prematuros e recém nascidos com complicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Moreira, I. (2001). O Doente Terminal em contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Edições Sinais Vitais
- Nelson, L.J., Nelson, R.M. (1992). Ethics and the provision of futile, harmful or burdensome treatment to children. *Crit Care Med. Journal Article Department of Pediatrics*, 20, 33-427.
- Paim, L. (1971). Síndromes respiratórias e infecções mais frequentes do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Parkes, C. M. (1998). Luto. (M. Bromberg Trad.). (Vol.56). São Paulo: Editorial Summus (Original publicado em 1996, 3ª ed)
- Peikoto J., Branco M., Freitas A., & Dias C. (2004). Viabilidade. In *Consensos Nacionais de Neonatologia* (p.11-16). Coimbra: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS C.SAÚDE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Portugal (1997). Ministério da Saúde. Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século 1998-2002: orientações para 1998. Lisboa.
- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (2004). Método Madre Canguro - Guia prática. Ginebra: OMS, 2004. 63p. Recuperado em 27 Março, 2009, em http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/kmc/text_es.pdf
- Pereira, M. (2004, Outubro/Janeiro). A Verdade e a Esperança na Comunicação de más notícias em Saúde. *Enfermagem Oncológica*, 28 e 29, 34-39
- Primo J. (2003). Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II) Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día, 2 (2), 39-42. Recuperado em 26 Março, 2009, em www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf
- Rolland, J. S. (1998). Ajudando as Famílias com Perdas Antecipadas. Porto Alegre: Artes Médicas, p.166-185.
- Silva (2006). Cuidados Voltados para o bebé pré-termo - uma abordagem prática. Recuperado em 2009, Março 09, de <http://www.procuidados.com.br/>
- Thompson, R. J., Gustafson, K. E., Hamlett, K. W., & Spock, A. (1992). Stress, Coping, and Family Functioning in the Psychological Adjustment of Mothers of Children and Adolescents With Cystic Fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 573-585.
- Vara, L. (1996, 3º trimestre). Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Ano1, (1), 5-45.
- Way, C. (1993). Parental Stress in Paediatric Intensive Care. *British Journal of Nursing*, 2, 572-577.
- World Association of Perinatal Medicine - Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y del Recién Nacido, (2001). 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona. 23-27 Septiembre 2001. Recuperado a 29/03/2009 de http://www.aeds.org/documentos/declaracion_barcelona.htm

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACESS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CLOHERTY, John P.; EICHENWALD, Erie C.; STARK, Ann R. – **Manual de Neonatologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A., 2005. 715 p. ISBN 85-277-1030-7.
- TAMEZ, Raquel <n. – **Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2009. 141p. ISBN 978-85.277-1524-9

Isménia - Joana - Raquel



RN PREMATURO – REALIDADE HOSPITALAR/ARTICULAÇÃO COM OS ACESS

Obrigado pela
vossa atenção...

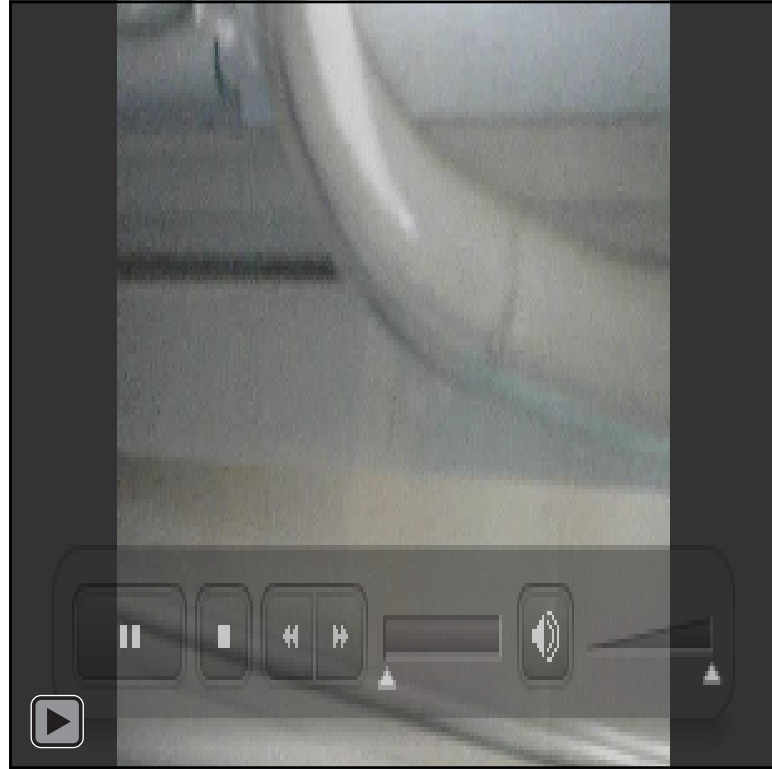


RN Prematuro
Nasceu com 28 Semanas de gestação
Na foto tem 156 dias de vida
Depende de O2 por sprongs nasais

Isménia - Joana - Raquel

(Silva, 2006)

ANEXO II – Filme “O Pequeno Grande Herói”



ANEXO III – Manual de Suporte à Consulta de Vigilância de Saúde do RN Prematuro

MANUAL DE SUPORTE À CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO RECÉM- NASCIDO PREMATURO

ESPECIFICIDADES DO BEBÉ PREMATURO
REALIDADE HOSPITALAR E
ARTICULAÇÃO COM ACES



Isménia Gonçalves
Joana Guimarães
Raquel Cabrita

*Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - **Universidade Católica Portuguesa***

Sob Orientação: Enf.^a Fátima Chumbo e Enf.^a Salomé Grilo

ACES Oeiras, Junho de 2009

ESPECIFICIDADES DO BEBÊ PREMATURO, REALIDADE HOSPITALAR E ARTICULAÇÃO COM ACESS

O prognóstico para os bebês que nascem prematuramente tem vindo a melhorar significativamente nos últimos anos. Muitos destes bebês vão crescer bem, sem sequelas ou problemas físicos ou mentais significativos, particularmente os que nascem a partir das 32 semanas de gestação. Mesmo a evolução dos bebês nascidos com 26 semanas de gestação e menos tem sido mais positiva.

Os avanços médicos e tecnológicos na área da Neonatologia contam-se entre os mais importantes registados nos cuidados de saúde. Uma das intervenções que mais tem contribuído para melhorar as condições de sobrevivência dos bebês prematuros é a aplicação generalizada de corticosteróides às grávidas em risco de dar à luz prematuramente. Esta substância acelera o desenvolvimento pulmonar do feto. Os pulmões mais desenvolvidos facilitam a função respiratória do bebê, e uma maior eficácia na respiração implica melhor oxigenação cerebral – este é um factor da maior importância, pois se o fluxo de oxigénio para o cérebro se interrompe ou diminui este pode sofrer lesões, leves ou de grande gravidade.

Outro tratamento que melhora a respiração dos recém-nascidos prematuros, e consequentemente o seu estado de saúde geral e a vitalidade necessária para prosseguir a sua evolução consiste na administração de surfactante. Em geral, todos os equipamentos e procedimentos utilizados com o intuito de promover a sobrevivência e desenvolvimento dos bebês prematuros melhoraram muitíssimo nos últimos vinte anos – desde a sofisticação dos ventiladores até aos métodos para melhor controlar o nível de oxigenação do sangue e a tensão arterial, até à descoberta e implementação de tratamentos inovadores para muitos dos problemas que com maior frequência ameaçam a sua saúde e a vida (COUTO, 2009).

No entanto, embora as perspectivas quanto ao desenvolvimento de um bebê prematuro sejam hoje bastante optimistas, tal não significa que não exista nestes maior risco de virem a sofrer

problemas crónicos de saúde e atrasos cognitivos ou psicomotores – quanto mais prematuro for o bebé, mais possibilidades existem de surgir uma disfunção ou necessidade especial.

Durante o internamento na Unidade de Neonatologia, o bebé será continuamente avaliado, e o seu seguimento futuro incluirá também avaliações do desenvolvimento, quer no hospital, em consultas de desenvolvimento específicas, bem como no centro de saúde nas consultas de desenvolvimento infantil, de modo a que qualquer problema seja diagnosticado e encaminhado o mais cedo possível. A intervenção precoce é um factor importante para minorar riscos desenvolvimentais.

◆ E após a alta hospitalar... o regresso a casa

O momento da alta hospitalar, mesmo se muito esperado e desejado pelos pais, pode acarretar de novo alguma ansiedade e preocupação, sobretudo se o internamento do bebé na Unidade de Cuidados Neonatais ficou marcado por problemas de saúde frequentes e/ou graves.

A alta é um marco importante no percurso do bebé e dos pais. Ir para casa significa poder finalmente usufruir de privacidade com o bebé, e do contacto próximo com outros familiares e amigos. Por outro lado, durante o internamento os pais dispunham de apoio contínuo e imediato na prestação de cuidados ao bebé, por técnicos de saúde, que em casa não vai acontecer... A alta de um recém-nascido prematuro é, em geral, um momento de grande angústia para os pais, pois este bebé necessita, muitas vezes, de uma atenção mais rigorosa após a alta hospitalar, facto que gera nos pais sentimentos de insegurança e incapacidade enquanto cuidadores (HOCKENBERRY, WILSON & WINKELSTEIN, 2006).

Porém, é preciso lembrar que o bebé só deixa o hospital quando a equipa clínica o considera suficientemente apto para o fazer – e quando a família lhe se mostra autónoma para prestar os cuidados necessários. A estabilização da situação clínica, Autonomia alimentar e Peso Superior a 2000 gr são outros dos critérios que viabilizam a alta do prematuro (GUIMARÃES, 2007)

Antes da alta, pais e família recebem todas as indicações e esclarecimentos que serão necessários para cuidar do bebé (desde a alimentação ao banho, passando pela melhor posição para o por a dormir e pela forma de gerir as visitas da família e as saídas de casa). As questões e dúvidas devem ser colocadas e esclarecidas. Em casa habitualmente surgem muitas dúvidas pelo que é comum a Unidade disponibilizar contactos telefónicos a que os pais poderão recorrer.

As consultas de seguimento do bebé, seja de desenvolvimento infantil, como também de outras especialidades clínicas (consoante as sequelas da prematuridade), ficarão agendadas, serão dispensadas informações quanto a procedimentos clínicos e medicação que possa necessitar. Os pais receberão também indicações sobre os sinais de perigo/alerta para a saúde do bebé a que devem estar atentos.

A informação clínica será devidamente enviada para o Centro de Saúde de referência, para equipa de referência da família. Será também realizada uma carta de alta de enfermagem que será anexada ao BSCJ, e nas situações de maior complexidade, que exigem maior vigilância será realizado um contacto telefónico da unidade para o centro de saúde.

◆ **Readaptação da Dinâmica Familiar e Reajuste do Papel Parental**

Em casa, toda a família necessitará de se adaptar à chegada de um novo membro, o que nem sempre é um processo fácil... ou rápido. O próprio bebé pode parecer mais instável nos primeiros tempos em casa, pois também ele necessita de se ajustar a um novo ambiente, muito diferente do que experimentou na Unidade.

No caso das mães e pais, não é raro que todo o stress acumulado nas semanas ou meses de internamento se manifeste depois da chegada a casa, sob a forma de exaustão, perturbações do sono, choro fácil, irritabilidade ou sensação de incapacidade para prestar cuidados ao seu bebé e continuar a lidar com a situação. Todas estas emoções são normais e coerentes com a situação vivida; a procura de ajuda especializada (psicológica, ou médica) pode ser útil para ajudar à recuperação. A enfermagem também desempenha um papel importante na

readaptação das rotinas familiares e papéis conjugais/parentais, não só na detecção de possíveis casos de exaustão materna/familiar ou depressão, como também, na promoção de estratégias que pais/família possam adoptar para ultrapassarem esta transição de forma saudável. Passamos a destacar algumas:

- Mobilizar apoio de familiares/amigos;
- Alternar períodos de descanso entre os cuidadores (pais/família) com a finalidade de promover o repouso (evitar exaustão física e psicológica);
- Gerir visitas;
- Reforçar positivamente as competências dos pais/família;
- Participação em grupos de ajuda mútua (pais com experiências semelhantes);

◆ Desenvolvimento dos bebés prematuros

Passadas as angústias relativas ao receio de sobrevivência do bebé e chegando o momento da alta hospitalar, os pais confrontam-se frequentemente com outro tipo de dúvidas geradoras de preocupação e ansiedade – *como vai o bebé desenvolver-se? Será que vai ter um desenvolvimento igual ao das outras crianças? Que problemas terá no futuro? Como vai crescer?*

Não existem respostas concretas e totalmente conclusivas para estas questões. Não é possível fazer previsões com exactidão, da mesma forma que não poderemos fazer para um bebé nascido de termo.

As crianças não se desenvolvem como se fossem um relógio preciso, como um manual com marcos determinados. Cada um avança a um ritmo próprio, particularmente se nasceu prematuro e todos devem respeitá-lo, sem precipitações ou alarmismos (BRAZELTON, 2009).

Em relação ao desenvolvimento de crianças prematuras é importante que consideremos dois conceitos importantes neste âmbito: a **idade cronológica** e a **idade corrigida**. A idade corrigida traduz o ajuste estabelecido face à idade cronológica, em função do grau de prematuridade.

Um bebé nascido antes do tempo previsto tem duas datas cruciais, que servirão à equipa clínica e aos pais para avaliar os seus progressos – uma corresponde ao nascimento, e a outra ao momento em que deveria ter nascido, se a gestação se prolongasse até às 40 semanas.

O tempo que decorre a partir da data do nascimento corresponde à idade cronológica do bebé, e o decorrido a partir da segunda data indica a sua idade corrigida. Quando se considera o progresso desenvolvimental do bebé, é importante considerar ambas – em particular nos primeiros anos de vida esta diferença pode acarretar discrepâncias significativas no que diz respeito à evolução do bebé, às coisas que consegue fazer e ao momento em que estará preparado para fazê-las.

Embora não esteja totalmente esclarecido até quando se deve corrigir a idade do prematuro, é recomendado utilizar a idade corrigida até os 2/3 anos de idade, a fim de obter a expectativa real para cada criança (GUIMARÃES, 2007; BRAZELTON, 2009; PAPALAIA, 2000).

A correcção da idade cronológica em função da prematuridade é fundamental para o correcto diagnóstico do desenvolvimento nestes primeiros anos de vida.

No entanto, o percurso de desenvolvimento de um bebé prematuro não depende apenas da idade gestacional com que nasceu, mas também e sobretudo do seu estado de saúde desde o nascimento (tipo de complicações que possam ter surgido), da assistência clínica e dos cuidados que receberá da família.

Nos primeiros meses de vida o comportamento de um bebé prematuro é habitualmente mais imprevisível do que o de um bebé de termo, no que concerne aos padrões de sono e actividade, alimentação, etc. – o que dificulta a tarefa dos pais. Este comportamento vai modificando à medida que os seus sistemas internos vão alcançando níveis mais avançados de maturidade.

É frequente surgirem diferenças entre um bebé prematuro e um bebé de termo, pelo que os pais e família deverão ter presente para que possam compreender o seu comportamento. Como tal, segundo BRAZELTON (2009), um bebé que nasce prematuramente pode:

- Dormir mais horas, mas por períodos mais breves;
- Preferir menos estímulos, menos distrações e menos contacto visual, exigindo um ambiente mais calmo;
- Ter dificuldade em utilizar estratégias de auto-consolo (chuchar no dedo ou segurar um boneco ou pano, por exemplo);
- Ter mudanças mais súbitas de comportamento e humor;
- Necessitar de mais atenção e mais tempo para a prestação de cuidados.

Todas estas características são adequadas para um bebé prematuro e quanto mais prematuro, mais intensamente se poderão manifestar. O Sistema nervoso, bem como todos os restantes sistemas, não completaram a sua maturação no meio intra-uterino, pelo esta ter que ocorrer num ambiente mais adverso, agressivo, na maioria das vezes sobre-estimulante (BRADFORD, 2003).

Por outro lado, o ambiente que o bebé prematuro vai encontrar em casa também exerce forte influência no prognóstico de qualquer problema eventualmente detectado. Por “bom ambiente” não se entende um meio privilegiado em termos de recursos económicos, mas sim em termos de recursos afectivos e de suporte. Ter pais (ou uma mãe ou um pai sozinhos) atentos e carinhosos, empenhados em valorizar, estimular, cuidar e mimar o filho de forma adequada ao longo do seu desenvolvimento é um factor essencial para o sucesso e felicidade deste – para isto, obviamente, necessitam de um bom acompanhamento multidisciplinar por parte das instituições de saúde e educação.

É importante salientar que os pais e o meio familiar podem marcar a diferença no crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro. A Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

tem um papel fundamental no sentido de promoverem as competências parentais, bem como, a optimização de um ambiente seguro e estimulante para um desenvolvimento harmonioso e saudável destes bebés.

◆ Outros aspectos importantes nas consultas de Vigilância de Saúde no Centro de Saúde:

✓ Vacinação:

- Plano Nacional de Vacinação

Nas crianças pré-termo (nascidas antes das 37 semanas de gestação), os anticorpos maternos estão presentes em níveis mais baixos e durante um período de tempo inferior ao das crianças de termo. Assim, a morbilidade e/ou gravidade das doenças evitáveis pela vacinação pode ser superior nesta população, pelo que a **vacinação de crianças pré-termo não deve ser adiada**.

As crianças pré-termo cuja situação clínica seja satisfatória, devem ser vacinadas de acordo com o esquema recomendado no PNV, **com as mesmas doses e na mesma idade cronológica que as crianças de termo**, independentemente do peso à nascença, **excepto para a BCG e para a VHB** (Plano Nacional de Vacinação, 2006).

- VSR - (Virus Sresencial Respiratório)

Vacina Sazonal de Novembro a Março – em contexto hospitalar, no hospital de referência.

Condições Específicas:

- Idade Gestacional
- Patologia Respiratória

- **Padrão Intestinal**

Cólicas

Dificuldade na Eliminação intestinal

Massagem Abdominal

Ingestão Hídrica Adequada: Tipo de leite

- **Padrão alimentar**

- Iniciar alimentação tendo em conta a idade corrigida e de acordo com as competências do Recém- Nascido.

- RGE – medidas anti-refluxo
 - Elevação da Cabeceira do Berço
 - Leites Espessados
 - Posicionamento correcto que promova a erucção

- **Sono Repouso**

Devido à imaturidade do Sistema nervoso central esta necessidade pode estar comprometida pelo que será necessário:

- Promover ambiente calmo
- Respeitar ciclos de sono/repouso e vigília
- Gestão de Visitas

Compreendemos que a chegada de um bebé prematuro além de trazer alegrias, traz também para os pais muitas preocupações e angústias....É verdade que em determinadas situações estes bebés necessitam de cuidados especiais, mas na grande maioria das vezes quando vão para casa necessitam sobretudo de muito amor e carinho e toda a atenção para que possam desenvolver-se harmoniosamente. **Ninguém melhor do que os pais para o fazer!...**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAYLE, F. - À Volta Do Nascimento. Lisboa: Climepsi Editores, 2006
- BLOCH, H.; LEQUIEN, P.; PROVASI, J. - A Criança Prematura. Lisboa: Instituto Piaget, 2006
- BRAZELTON, BERRY - Tornar-Se Família – O Crescimento Da Vinculação Antes E Depois Do Nascimento. S.Ed. Lisboa: Editora Terramar, 1992. 274p. Isbn 972-710-0562.
- BRAZELTON, T. Berry; - *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos.* (11ª ed.). 2009.Lisboa: Editorial Presença. 535 p.
- BRAZELTON, T. Berry e JOSHUA D.Sparrow; - *O Método de Brazelton: a criança e a disciplina.* (9ª ed.). 2007.Lisboa: Editorial Presença. 124 p.
- Direcção Geral De Saúde (2006) – Plano Nacional De Vacinação. Lisboa
- HOCKENBERRY, MARILYN J; WINKELSTEIN, WILSON – Wong Fundamentos De Enfermagem Pediátrica. 7ª Ed. Mosby Elsevier. Rio De Janeiro, 2006. Isbn 85-352-1918-8. 1303 P.
- GUIMARÃES, Hercília; TOMÉ, Teresa; VIRELA, Daniel; MIMOSO, Gabriela; - *Nascer Prematuro: Um manual para os pais dos bebés prematuros.* 1ed. Porto: Ligrate. 2007, 178 p. ISBN 978-989-20-0952-0.
- PAPALIA, D; OLDS, S.; FELDMAN, R. – *O Mundo da Criança.* 8ª edição, McGrawhill. Lisboa. 2001. ISBN 972-773-069-8.
- Sano-Técnica – Estimulação Apropriada Dos Recém-Nascidos De Alto Risco – Documento De Educação Clínica, (Sn).
- SERAFIM, SANDRA & DUARTE, SÍLVIA – Internamento Em Neonatologia: Relação De Ajuda. In Nursing. N.º 128 (Abril, 2005) Ano 16, P.23

ANEXO IV – Relatório da Formação “Como Proteger as nossas Crianças e Adolescentes”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA



ACES OEIRAS
AGRUPAMENTO CENTROS DE SAÚDE
OEIRAS/CARNAXIDE

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO

COMO PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES...



ISMÊNIA GONÇALVES

Mestrado de natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Bairro dos navegadores, Julho 2010

A família é o lugar privilegiado para o desenvolvimento harmonioso da personalidade da criança, oferece-lhe condições de estabilidade e segurança.

Os Filhos precisam de cuidados, muita atenção, muito amor e muito carinho. Esperam muito dos pais, dos professores e dos familiares mais próximos. São uma grande dívida, um tesouro! Mas, depende dos pais e outros cuidadores o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso!...

Educar uma criança é uma tarefa difícil que se constrói dia-a-dia... no entanto, as crianças precisam de limites e disciplina e sentem-se seguras com eles. Educar e disciplinar exige repetição e paciência... Deve-se educar sem violência.

Os problemas no trabalho, as drogas, o alcoolismo e os problemas familiares por vezes geram violência no seio familiar. Todos sabemos que os conflitos existem, mas não precisam gerar violência... Crianças que aprendem através da violência, tendem a ser violentos e sofrem imenso até perceberem que existem formas melhores de lidar com os outros.

É importante que os pais aprendam a tomar atitudes assertivas com os filhos... Devemos discutir com calma e pensar em soluções conjuntas, por vezes é necessário fazer acordos com as crianças. É importante assumir as

responsabilidades e pedir desculpas mesmo que seja aos filhos.

Objectivo da formação: Ajudar os pais a encontrar os melhores meios de educar os filhos.

A avaliação da Formação e dos formandos foi feita oralmente, pois assistir à formação estavam pessoas que não sabiam ler nem escrever.

Todas responderam que a escolha do tema da formação foi pertinente;

Acharam que foi transmitida de forma clara;

Avaliaram a formação na pontuação máxima.

Às perguntas dirigidas aos formandos responderam de forma acertada o que demonstrou interesse e aprendizagem e aquisição de competências.

PLANO DE SESSÃO

Escola: Universidade Católica Portuguesa ACES de Oeiras – BAIRRO DOS NAVEGADORES Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria Formadora: Isménia FORMAÇÃO: COMO PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E JOVENS				
Conteúdos	Objectivos Pedagógicos	Estratégias Pedagógicas / Actividades Pedagógicas	Tempo	Avaliação
• Apresentação da Formadora e da formação; • Conteúdos da formação: Ajudar os pais a encontrar os melhores meios para educar os filhos • Avaliação dos formandos; • Avaliação da formação.	• Criar uma relação empática entre formadora e formandos e vice-versa; • Dar conhecimento dos conteúdos da formação; • Sensibilizar os formandos para a importância do tema e transmitir de forma simples os conteúdos; • Perceber se os formandos compreenderam a informação • Avaliar se os objectivos foram atingidos	• Apresentação das alunas explicando as razões que a levaram a desenvolver este tema; • Apresentação dos conteúdos a desenvolver no decorrer da formação; • Partilhar experiências e permitir e incentivar que os formandos a expressar as suas opiniões e experiências relacionadas com o tema; • Perguntas simples de resposta rápida (orais);	• 1 min. • 2 min. • 25 min. • 2min.	

Assinatura do(a) Formador(a) _____ 17/06/ 2010

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO

PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Local: Sala polivalente – Bairro dos Navegadores
Hora. 15.00h



**Aluna: Isménia
Gonçalves**
Orientação de:
Enf^a Salomé Grilo
**Enf^a Fátima
Chumbo**

**Especialidade em
Saúde Infantil e
Pediatria**

ACES-OEIRAS

Bº dos Navegadores, 17 de Junho de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria



Aluna: Isménia Gonçalves

Orientação de:

Enfª Salomé Grilo

Enfª Fátima Chumbo

ACES-OEIRAS

Oeiras, Bº dos Navegadores, 17 de Junho de 2010



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

-Objectivo:

😊 **Ajudar os pais a encontrar
os melhores meios de educar
os filhos**





PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

-A Família:

- ☺ É o lugar privilegiado para o desenvolvimento harmonioso da personalidade da criança
- ☺ Oferece condições de estabilidade e segurança



01-05-2011

Isménia Gonçalves

QUINAS, Isaura – Ministério do Emprego e da Segurança Social



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os Filhos:

- ♥ Esperam muito dos pais, dos professores e familiares mais próximos
- ♥ Precisam de cuidados, muita atenção, abraços, beijos, muito carinho

Tão importante quanto uma boa alimentação



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

OS FILHOS:

- 😊 São uma grande dádiva, um tesouro!
- 😊 São como um “Passarinho” que temos na nossa mão...
- 😊 Depende de nós o seu crescimento!...



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os Filhos:

- 📁 Não vêm com “manual de instruções”...
- 📁 Suscitam muitas dúvidas!



É muito difícil dar-lhes o que eles precisam!...

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- **A responsabilidade pelos cuidados e educação dos filhos é dos pais**
- **Mesmo quando têm que se deixar com outras pessoas**



- **Os pais devem sempre certificar-se que quem fica com os seus filhos é de confiança**
- **Sabe como agir numa situação de emergência**

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES



- 😊 **Educar uma criança é uma tarefa difícil que se constrói dia-a-dia**
- 😊 **As crianças precisam de limites e sentem-se seguras com eles**
- 😊 **Educar e disciplinar exige repetição e paciência...**

(Brazelton, 2004)

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- ☹ **Crianças não podem cuidar de crianças**
- ☹ **Elas precisam ainda de cuidados**
- ☹ **O risco de acidentes é muito grande**



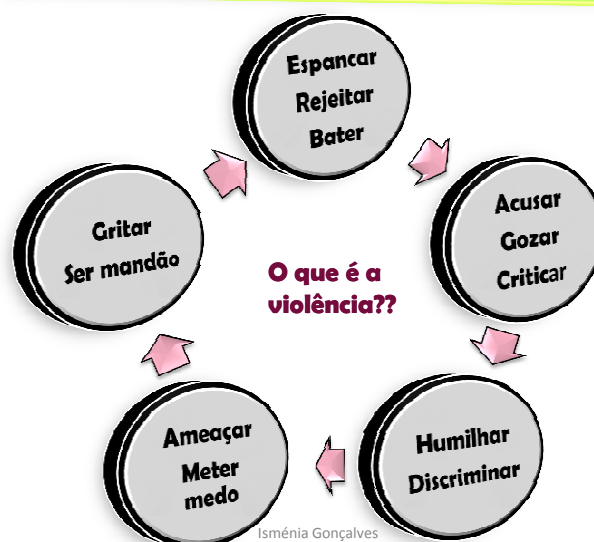
👉 **Caso os acidentes aconteçam a responsabilidade é dos pais!**

01-05-2011

Ismênia Gonçalves

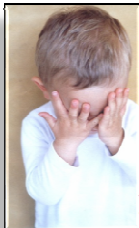


PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES



01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Por favor não sacudam o vosso bebé!!

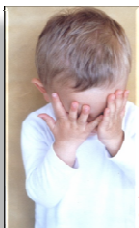
Embalar é diferente de sacudir!!

- ✓ **Nunca se deve sacudir um bebé**
- ✓ **Bater na cabeça**
- ✓ **Atirar um bebé ao ar mesmo a brincar**

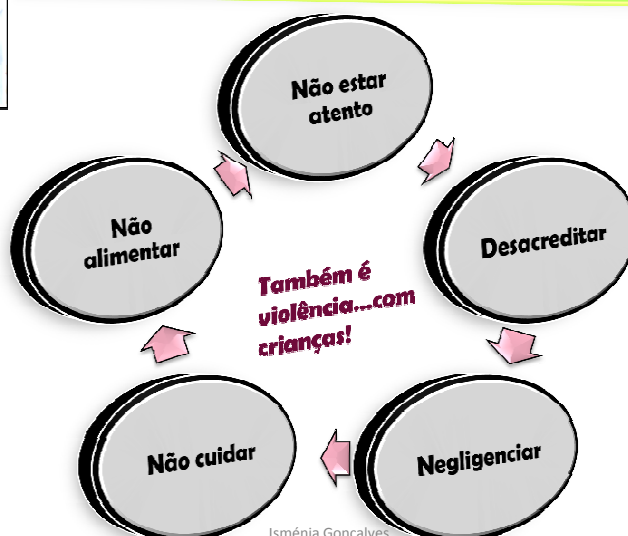


01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

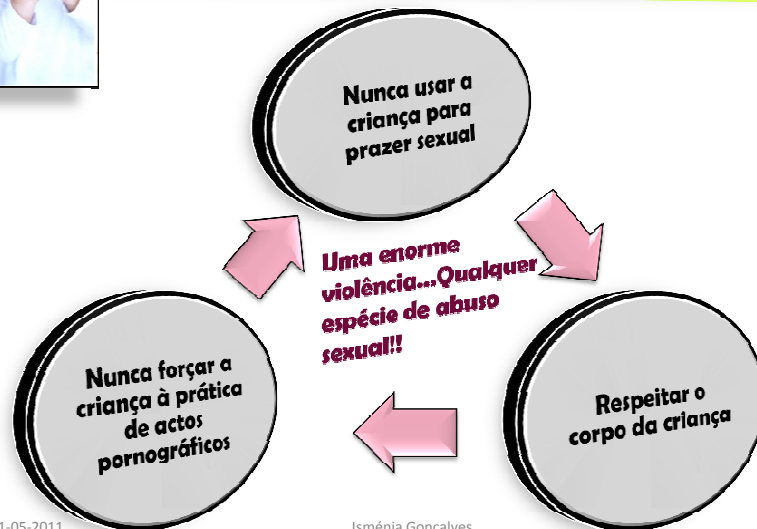


01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

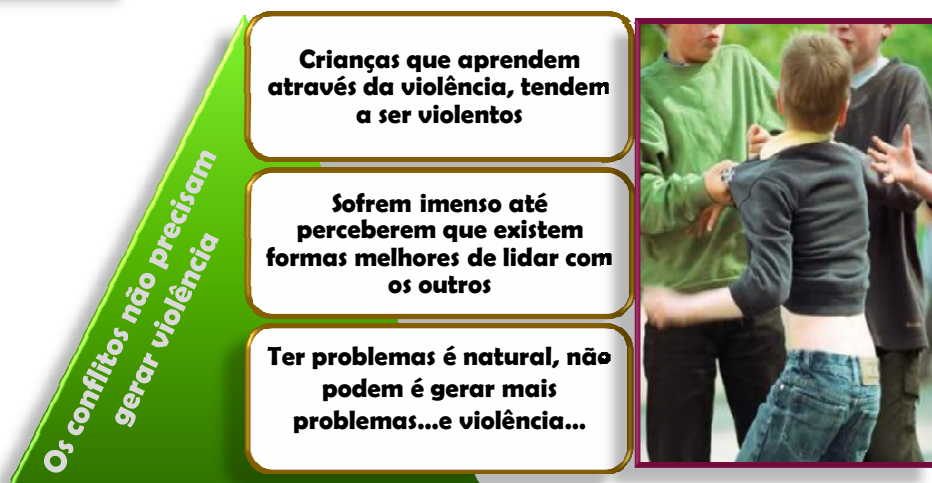


01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES



01-05-2011

Isménia Gonçalves

(BAKER, 2007)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Porque surge a violência?



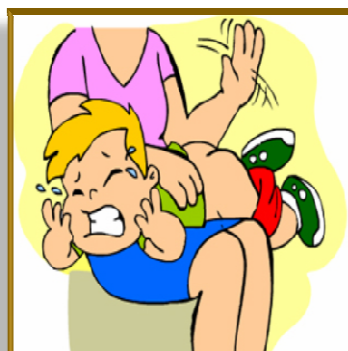
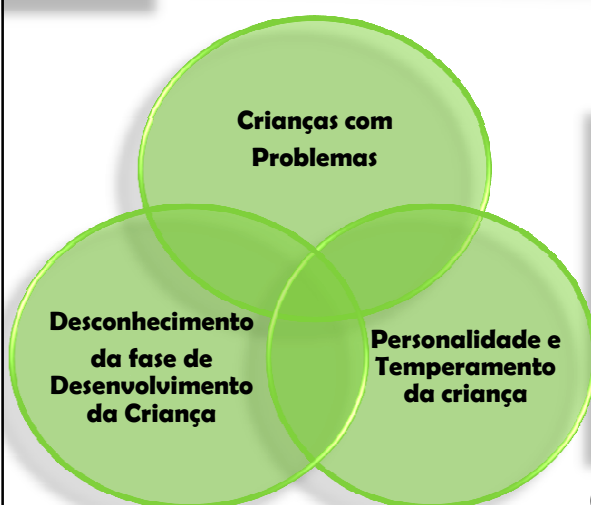
01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Porque surge a violência?



(BAKER, 2007)

01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Porque surge a violência?



Nada justifica que tratemos de forma violenta os nossos filhos...



Devemos parar para pensar!!!...



Aprender a amá-los e a educá-los da melhor forma possível...

01-05-2011

Ismênia Gonçalves

(BRAZELTON, 2008)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O que fazer?

☺ Amamos os nossos filhos?
☺ Queremos o melhor para eles?

Então

Temos que encontrar a melhor forma de os educar sem os maltratar!....



01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Enfrentar os problemas!

♥ A harmonia e a paz na família não são permanentes:

♥ Precisamos conquistá-la a partir das diferenças e semelhanças de cada um

♥ É preciso aprender a resolver os problemas e os pequenos conflitos sem deixar que se transformem em violência

♥ Não existe uma receita mágica!!



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Enfrentar os problemas!

► Identificar o problema real...

☹ Precisamos descobrir o que nos está a incomodar

☹ Procurar não confundir o que nos incomoda, com outras coisas que não tenham nada a ver com o problema, como coisas do passado



01-05-2011

Isménia Gonçalves



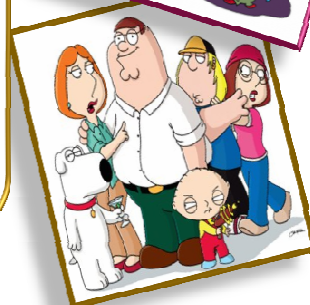
PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Enfrentar os problemas!

► Atacar o problema e não as pessoas...

- ☹ Queremos resolver o problema ou é só um motivo para discutir?
- ☹ Temos que superar o medo e falar sobre o que sentimos, sem ironias e sem acusações
- ☹ Saber ouvir é muito importante, geralmente só vemos o nosso ponto de vista

(BRAZELTON, 2004)



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Enfrentar os problemas!

⇒ Devemos tomar uma atitude assertiva...

- 😊 Devemos discutir com calma e pensar em soluções conjuntas
- 😊 Por vezes é necessário fazer acordos
- 😊 É importante assumir as responsabilidades e pedir desculpas (mesmo que seja aos filhos)

(BRAZELTON, 2004)



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Enfrentar os problemas!

Quando a raiva chega!...

- ⊖ Nenhuma decisão deve ser tomada!
- ⊖ Deve evitar-se falar com as pessoas, porque com raiva dizemos coisas que magoam os outros



VIOLENCIA HACIA AFUERA

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Enfrentar os problemas!

Quando a raiva chega!... Devemos:

- ⊖ Chamar um amigo
- ⊖ Caminhar, tomar um bom banho
- ⊖ Ouvir uma boa música
- ⊖ Apreciar a natureza
- ⊖ ... Fazer qualquer coisa que nos descontraia!



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Resolver os problemas!

😊 **Depois de recuperar a calma**

😊 **Estamos preparados para resolver os problemas**

😊 **Sem maltratar nem magoar ninguém**



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O Castigo

C
A
S
T
I
G
O



- ✓ Em consequência de uma infracção que cometeu, imediatamente a seguir
- ✓ Tem que mostrar à criança que procedeu mal



- ✓ Os castigos corporais (bater) não são os mais eficazes - suscitam o medo
- ✓ Tendem a levar a criança a enganar o adulto da próxima vez



- ✓ Antes de aplicar qualquer castigo devemos ouvir sempre a explicação da criança

01-05-2011

Isménia Gonçalves

(BraZelton, 2009, p. 292)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O Castigo

C A S T I G O

✓ O castigo não deve **NUNCA** ser dirigido à criança mas sim ao acto errado que ela cometeu

✓ *"Aquilo que fizes-te não se faz, está errado"*

~~És feia.... És má... Não prestas... não gosto de ti...~~



01-05-2011

Isménia Gonçalves

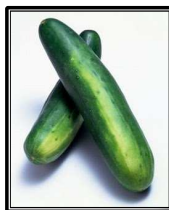
(BraZelton, 2009, p. 292)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A Disciplina

D I S C I P L I N A



- ✓ "É de pequenino que se torce o pepino..."
- ✓ Deve ser razoável, a criança obedece porque compreende o porquê do problema
- ✓ Deve-se exigir à criança apenas o que é necessário e possível



- ✓ Deve ser firme e não vacilante
- ✓ A criança percebe quando não existe firmeza e toma logo conta da situação
- ✓ É importante para a criança habituar-se a ouvir a opinião dos outros

01-05-2011

Isménia Gonçalves

(BraZelton, 2009)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A Disciplina(cont)

D I S C I P L I N A

“A seguir ao amor, a disciplina é a segunda dádiva mais importante que os pais devem dar à criança”

(Brazelton, 2009, p. 291)



01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Uma Ordem

O R D E M



- ✓ Uma ordem deve ser clara e com palavras fáceis de entender pela criança
- ✓ Deve ser dada num tom o mais natural possível
- ✓ Gritar não é eficaz



- ✓ Algumas ordens podem ser dadas de maneira atractiva:
 - Ex: Em vez de dizer “Vai fazer a tua cama!”, dizer “Vamos ver quem faz primeiro e melhor a cama”

01-05-2011

Isménia Gonçalves

QUINAS, Isaura – Ministério do Emprego e da Segurança Social



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Enfrentar os problemas!

Lembrar sempre:

-  **É importante saber ouvir**
-  **Encarar a situação de forma positiva**
-  **Ninguém é perfeito**
-  **Todos falham, inclusive nós**
-  **Pedir desculpas**
-  **Conversar sobre os problemas**
-  **Demonstrar carinho nunca é demais**

(brazelton, 2009)



01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Devemos conhecer bem os nossos filhos



- **Fase do Bebê – Desde que nasce até ao momento em que começa a relacionar-se com o Mundo (dois anos)**



- **Fase Pré – escolar – Em que ele aprende a conversar, correr e a fazer algumas coisas sozinho**



- **Fase Escolar – Começa por volta dos 6 anos e vai até aos 10/11 anos**



- **Adolescência – Começa por volta dos 11 até aos 19 anos**

01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Devemos conhecer bem os nossos filhos



- ❏ A principal forma de comunicação do bebê é o choro
- ❏ Os bebês dependem totalmente dos adultos, se não forem alimentados, lavados, aconchegados e bem cuidados sentem-se desconfortáveis e choram
- ❏ Por vezes os pais ficam, exaustos e nervosos

(BRAZELTON, 2009)

01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como agir com os bebês?



- ❏ Muita calma, tranquilidade e paciência...
- ❏ Pensar que é uma fase que passa rápido
 - ❏ Reservar tempo para o bebê
- ❏ O colo não vicia, dá segurança ao bebê
- ❏ Dividir os cuidados para não ficar exausta (pai, avós, parentes e amigos)
- ❏ Nunca deixar o bebê ao cuidado de outra criança, mesmo que seja por instantes...

(BRAZELTON, 2009)

01-05-2011

Ismênia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Devemos conhecer bem os nossos filhos



- † A fase pré escolar é a fase da vontade e da curiosidade: “eu quero”, “dá-me”, “é meu” e têm muita curiosidade!
- † Aprende a experimentar muitas coisas
- † São muito teimosas – manifestam a vontade
- † Não tem nenhuma noção do perigo e o risco de acidentes é muito grande
- † As brincadeiras precisam ser acompanhadas por um adulto
- † Os pais precisam de lhe estabelecer limites e dizer NÃO!

01-05-2011

Isménia Gonçalves

(BRAZELTON, 2009)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como agir com as crianças do pré escolar?



- † É bom explicar claramente os limites, o que e não pode fazer e porquê
- † Não ceder às birras
- † Evitar conflitos, estabelecendo limites e regras
- † Evitar acidentes, criar um ambiente seguro para brincarem
- † Evitar que as crianças fiquem sozinhas em lugares perigosos
- † Ter consciência que a criança tem que gastar energia

01-05-2011

Isménia Gonçalves

(BRAZELTON, 2009)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Devemos conhecer bem os nossos filhos



- ☞ Na fase escolar, acontecem muitos acidentes, conflitos com colegas e irmãos
- ☞ Desobediência e provocação aos pais
- ☞ Muita desarrumação
- ☞ Capacidade de contradizer, enfrentar e argumentar

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como agir com crianças do escolar?



- ☞ Ter paciência, evitar “explodir”
- ☞ Os limites da criança devem ser clarificados – são testados continuamente
- ☞ É bom explicar o porquê dos limites, da rotina e da disciplina
- ☞ Ter muito cuidado na maneira como agimos, somos modelos para eles
- ☞ Valoriza-los pelo bom comportamento
- ☞ Elogiá-los pelas suas conquistas

01-05-2011

Isménia Gonçalves

(BRAZELTON, 2009)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Devemos conhecer bem os nossos filhos



- 🔊 **Adolescência nem sempre é sinónimo de problemas!**
- 🔊 **É um período de muitas e rápidas mudanças**
- 🔊 **Se na infância soubermos dizer “não”, será mais fácil na adolescência...**
- 🔊 **Por vezes torna-se difícil indicar o caminho a seguir**
- 🔊 **O jovem tem uma grande necessidade de se auto afirmar**
- 🔊 **É muito importante o grupo de amigos**
- 🔊 **Sempre que possível devemos respeitar as suas escolhas e celebrar as suas vitórias**

01-05-2011

Isménia Gonçalves

(BRAZELTON, 2009)



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como agir com os adolescentes?



- ♥ **O adolescente precisa muito do apoio dos pais**
- ♥ **Precisa de ouvir o que deve e não deve fazer**
- ♥ **Temos que perceber que o nosso filho cresceu e tem direitos e opiniões próprios**
- ♥ **Precisamos saber ouvir, ser flexíveis, negociar e ter bons argumentos**

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como agir com os adolescentes?



♥ Conversar com eles sobre sexo, métodos contraceptivos, consequências sobre o uso de álcool e outras drogas

♥ Dar-lhes muito afecto e atenção

♥ Fazer com que se sintam seguros para enfrentarem os desafios do mundo real...

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Conselhos importantes



♥ Carinho, diálogo e respeito, são fundamentais para o desenvolvimento harmonioso dos nossos filhos

♥ Valorizar sempre as coisas boas dos nossos filhos e certificarmo-nos de que eles sabem disso

♥ Explicar-lhes como se devem comportar dando sempre o nosso exemplo

♥ Existem várias maneiras de educar os filhos sem o uso de violência

01-05-2011

Isménia Gonçalves



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Conselhos importantes



♥ Quando a raiva chegar deixamo-la passar antes de tomar qualquer atitude

♥ Assim não se correrá o risco de magoar os nossos filhos e estaremos preparado para os educar e disciplinar sem violência

♥ Se precisarmos conversar com profissionais encontraremos ajuda no Centro de Saúde de Oeiras, centro comunitário, centro social e paroquial, junta de freguesia, etc

Isménia Gonçalves

01-05-2011



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

BIBLIOGRAFIA

- BRAZELTON, T. Berry; .O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. (11ª ed.). 2009.Lisboa: Editorial Presença. 535 p.

- BRAZELTON, T. Berry e JOSHUA D.Sparrow; .O Método de Brazelton: a criança e a disciplina. (9ª ed.). 2007.Lisboa: Editorial Presença. 124 p.

- BAKER, Linda, L.; JAFFE, Peter, G.; ASHBOURNE, Lynda; CARTER, Janet. *Manual Para Educadores de Infância. Divisão de desenvolvimento social e saúde. Cascais: Câmara Municipal, 2007. 28 p. ISBN 978-972-637-168-7*

- PINHEIRO, Luís. *Manual Para Pais de Primeira Viagem e Seguintes.* 3ª ed., 2007.Lisboa:tarso edições. 230 p. ISBN:978-972-99692-4-9.

- OOM, Paulo. *O Livro dos Pais: respostas simples a perguntas frequentes.* 1ª ed. Porto: Ambar, 2008. 372p.

Isménia Gonçalves

01-05-2011



PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES



01-05-2011

Ismênia Gonçalves

ANEXO V – Panfleto “Como Proteger as nossas Crianças e Adolescentes”

A Família

♥ É o lugar privilegiado para o desenvolvimento harmonioso da personalidade da criança



♥ Oferece condições de estabilidade e segurança

Telefones Úteis

EM CASO DE URGÊNCIA(POLÍCIA, BOMBEIROS,SERVIÇO DE AMBULANCIAS): 112

APOIO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
800 202 148

CPCJ -DEIRAS - TELEFONE: 214 416 404

LINHA NACIONAL DE EMERGÊNCIA SOCIAL: 114

ACES OEIRAS: 214 400 100



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA



ACES OEIRAS
AGRUPAMENTO CENTROS DE SAÚDE
OEIRAS/CARNAXIDE

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Ministério da Saúde

FORMAÇÃO BAIRRO DOS NAVEGADORES
OEIRAS

COMO PROTEGER AS NOSSAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES...



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Mestrado em Saúde Infantil e pediatria
Isménia Gonçalves
Julho 2010

ALGUNS CONSELHOS PARA EDUCAR BEM

♥ Carinho, diálogo e respeito, são fundamentais para o desenvolvimento harmonioso dos nossos filhos

♥ Valorizar sempre as coisas boas do nossos filhos e certificarmo-nos de que eles sabem disso



♥ A seguir ao amor, a disciplina é a segunda dádiva mais importante que os pais devem dar à criança (Braselton, 2005)

♥ As crianças não nascem ensinadas, desde pequenas precisam regras e disciplina

NUNCA PODEMOS ESQUECER

♥ Não se deve sacudir um bebé/ bater na cabeça/Atirar um bebé ao ar, mesmo a brincar

♥ Quando a raiva chegar deixamo-la passar antes de tomar qualquer Atitude



♥ Assim não se correrá o risco de magoar os nossos filhos e estaremos preparados para os educar e disciplinar sem violência

♥ Por vezes é necessário conversar com profissionais, encontramos ajuda no Centro de Saúde de Oeiras, centro comunitário, Centro Social e Paroquial, Junta de Freguesia, etc

É IMPORTANTE

♥ Encarar a situação de forma positiva

♥ Saber que ninguém é perfeito

♥ Ter noção que todos falham, inclusive nós

♥ Saber ouvir e pedir desculpa se necessário

♥ Conversar sobre os problemas

♥ Demonstrar carinho nunca é demais...



ANEXO VI – Ficha de Sinalização – Crianças/Jovens em Situação de Risco/Perigo

Nº do Processo: _____
Técnica: _____

CRIANÇAS/JOVENS EM SITUAÇÃO DE RISCO/PERIGO

FICHA DE SINALIZAÇÃO

Responsável pela sinalização

- ☐ USF/UCSP Qual? _____
- ☐ UCC
- ☐ NACJR
- ☐ Parceiros Qual? _____
- ☐ Outros Qual? _____

Técnico responsável pela sinalização _____ Contactos _____

Data __/__/__

Identificação da Criança/Jovem

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos/meses

Filiação:

Mãe _____ Contacto _____

Pai _____ Contacto _____

Morada: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Contactos: _____

Acompanhante: _____

Parentesco/Relação: _____ Contacto: _____

Morada: _____

Jardim de Infância ☐ Escola ☐ Qual? _____

Ano de Escolaridade: _____ Educadora/Professora: _____

Motivo da Sinalização

Suspeita de situação de Mau Trato

☐ Mau Trato Físico	☐ Negligência
☐ Mau Trato Psicológico/Emocional	☐ Abandono
☐ “Abandono” Afetivo/Falta de Vinculação	☐ Abuso sexual (suspeita)
☐ Disfuncionalidade Parental/Familiar	☐ Abuso sexual (confirmado)
☐ Problemas comportamentais / Agressividade contra outros (família, amigos, Professores) , Agitação	☐ Problemas comportamentais (auto agressividade, ideação suicida, desorientação, confusão e apatia...)
☐ Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo...)	☐ Absentismo escolar sem justificação
	☐ Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo
Solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco, observados para a presente sinalização, sejam identificados no documento em anexo.	
☐ Observação isolada	☐ Observação isolada
Grau de suspeição ☐ Suspeita	☐ Evidência
☐ Observação reiterada	☐ Observação reiterada
Gravidade/intensidade ☐ Ligeiro ☐ Médio ☐ Grave ☐ Muito grave	

Circunstâncias do Episódio Actual

Data de observação e/ou episódio relevante: ____/____/____

Descrição do Episódio: _____

Assinatura de quem descreve: _____

Nº do Processo: _____
Técnica: _____

Há quanto tempo? _____
Local onde ocorreu: _____

Alegado agressor (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante): _____

Outra informação relevante _____

AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA DA CRIANÇA/JOVEM		
O agressor está aqui agora?	Sim	Não
A criança/Jovem tem medo do agressor?	Sim	Não
A criança/Jovem tem medo de ir para casa?	Sim	Não
As crianças testemunham a violência?	Sim	Não
O agressor maltrata as crianças?	Sim	Não
Existem armas em casa?	Sim	Não
Existem ameaças de homicídio?	Sim	Não
Existem ameaças de suicídio?	Sim	Não
A violência tem aumentado em gravidade?	Sim	Não
Existe dependência de substâncias?	Sim	Não
Já foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não
Outros		

Dados clínicos Relevantes

ACES: _____ Médico Assistente: _____

PNV Atualizado? Sim ☐ Não ☐ Vigilância adequada à idade? Sim ☐ Não ☐

- ☐ Internamentos Hospitalares Sucessivos
- ☐ Consultas de urgência frequentes
- ☐ Acidentes domésticos/laser de repetição
- ☐ Atraso global do desenvolvimento
- ☐ Perturbações do comportamento
- ☐ Distúrbios psiquiátricos
- ☐ Enurese e/ ou Encoprese

Nº do Processo: _____
Técnica: _____

☐ Insucesso, absentismo ou abandono escolar

☐ Outros: _____

Observações: _____

Dados Relevantes Relativos à Família

Exame Objectivo

Dados Relativos à Criança

Estado Geral: Cuidado ☐ Descuidado ☐ _____

Cuidados de Higiene: Bons ☐ Maus ☐ _____

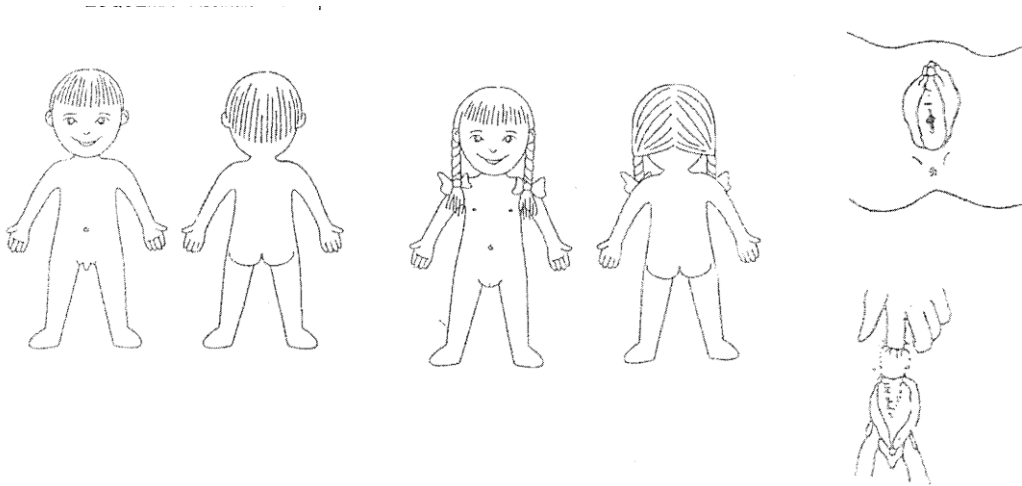
Comportamento (alegre, choroso, triste, ausente, brinca, deprimido...): _____

Exames Clínicos

Exame Somático	Exame Perineal	
Desenv. Esteto-ponderal: _____ _____ _____	Genitais:	☐ Equimoses
	☐ Leucorreia	☐ Ruborização
Desenv. Psico-motor: _____ _____ _____	☐ Lacerações/ fissuras	☐ Hemorragia
	☐ Ruptura do hímen	☐ Exsudado
	☐ Edema da Glândula	☐ Queimaduras
Sinais Externos de Violência: _____ _____ _____ _____	Exame Anal: _____ _____ _____ _____	

Nº do Processo: _____
Técnica: _____

ESQUEMA – Assinalar no esquema as lesões observadas nos exames efectuados:



3

Exame complementar de Diagnóstico

- ☐ Rx: _____
- ☐ Análises: _____
- ☐ Colheitas: _____
- ☐ Outros: _____

Diagnóstico e Observações

Diagnóstico: _____

Observações: _____

CONFIDENCIAL

Nº do Processo: _____

Técnica: _____

Procedimientos Adoptados ⁽¹⁾

- ☐ Encaminhamento para urgência hospitalar _____
- ☐ Informação ao NACJ Hospitalar
- ☐ Internamento em serviço hospitalar: - Motivos Clínicos ☐
- Motivos Sociais/ de protecção ☐
- ☐ Contacto com psicologia
- ☐ Contacto com o serviço social
- ☐ Contacto com Psicologia
- ☐ Contacto com NACJ
- ☐ Contacto com CPCJ
- ☐ Contacto com IML
- ☐ Contacto com PSP/ GNR
- ☐ Contacto com Consulta de Especialidade Qual? _____
- ☐ Contacto com Outras Instituições/Parceiros:_____

A Família foi informada da sinalização? Sim ☐ Não ☐

Se não, porquê? _____

Caracterização Familiar e Social

Genograma

⁽¹⁾ Junto anexar cópia do verbete de admissão no caso de urgência pediátrica/geral.

Nº do Processo: _____
Técnica: _____

Problemas Sociais identificados: _____

Nº de Pessoas que compõem a agregado familiar _____

Contexto Habitacional (tipo de casa, nº divisões, condições sanitárias, etc.) _____

Rede de Apoio (tipo de relação com a família alargada, amigos, vizinhos, etc.) _____

Tem acompanhamento Social na Comunidade: Sim ☐ Não ☐

Se sim: Quem é? _____ Contacto _____

Outras pessoas relevantes com que a criança se relaciona: _____

Permanência da criança durante o dia:

Casa ☐ Com quem? _____

Creche ☐ Ama ☐ Jardim Infantil ☐ Escola ☐

Qual? _____

ANEXO VII – Relatório do Dia Internacional da Criança

RELATÓRIO DO DIA INTERNACIONAL DA CRIANÇA



ESPECIALIDADE EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ALUNAS:

Isménia Gonçalves

Joana Guimarães

Raquel Cabrita

ORIENTAÇÃO DE: Enfª Salomé Grilo e Enfª Fátima Chumbo

ACES – OEIRAS
1 de Junho de 2010

DIA INTERNACIONAL DA CRIANÇA

Para assinalar o Dia Internacional da criança, a Unidade de Cuidados na Comunidade SAÚDAR organizou um dia comemorativo com diversas actividades no dia 1 de Junho de 2010 no ACES Oeiras.

Estiveram presentes cerca de 110 crianças de vários Jardins-de-infância do Concelho de Oeiras, assim como crianças que recorreram ao ACES nesse dia.



No âmbito destas comemorações realizaram-se várias actividades para as crianças...

☒ O “*Centro de Saúde da Bonecada*”



No piso -1 do ACES improvisou-se um centro de Saúde onde as crianças puderam levar os seus bonecos “doentes”. Havia uma sala de triagem, outra de tratamentos e até um aparelho RX... A enfermeira “tratava” os “Filhotes doentes” que as crianças levavam à consulta de enfermagem...



☒ **Jogos Didáticos dirigidos para a Promoção da Saúde**

“ Glorinha dos Dentes”; “Glorinha da Vacinação”, Twister adaptado à saúde oral e Jogos multimédia de promoção de Saúde.



☒ Animação com palhaços e pinturas faciais

Os palhaços divertiram as crianças durante todo dia...Cada criança teve também oportunidade de fazer uma pintura facial do seu a grado...





☒ **Fantoches sobre a temática “ Saúde oral/Alimentação”**

Foi realizado um teatro de fantoches alusivo ao tema, saúde oral e alimentação, no sentido de incentivar as crianças à Higiene oral e desmistificar o “ir ao dentista”, assim como sensibilizar para a importância de fazer uma alimentação equilibrada...



☒ **Actuação dos Jovens do Conservatório de Lisboa**

Para terminar a festa, actuou a Orquestra do Conservatório de Lisboa com jovens artistas, que foi também um lindo momento!



Todos os donativos de material didáctico, géneros alimentícios e outros foram obtidos através do envio de um pedido formal por carta, acompanhada de contacto telefónico, a várias empresas (Continente, Uriage, Nestlé, Abbot, Chico, Câmara Municipal de Oeiras, entre outras), com o desígnio de proporcionarmos um dia diferente às crianças.

Elaborámos um Boletim Individual de saúde para os bonecos das crianças, com o intuito de se familiarizarem com as rotinas do Centro de Saúde e também um diploma de participação alusivo ao Centro de Saúde da Bonecada.

Como forma de avaliar estas actividades, solicitámos às educadoras de infância o envio do feed back via e-mail. Apenas recebemos a avaliação de um dos três Jardins de Infância, que participaram no evento sendo bastante positiva.



Isménia de Fátima Gonçalves <ismeniagoncalves@gmail.com>

Fotografias das crianças do Infantário "O Pombal"

6 mensagens

Bruno e Tania Gonçalves <bmsgvtacf@gmail.com>**2 de Junho de 2010 19:03**

Para: ismeniagoncalves@gmail.com

Boa tarde,

Sou por este meio a enviar algumas fotografias das crianças do Infantário "O Pombal".

Segundo as suas opiniões gostaram e divertiram-se imenso, sendo que o escudo com as bolas (micróbios) e o Hospital das Bonecadas foram os cantinhos que gostaram mais. Foi um dia diferente e elas adoram dias assim. Quanto a nós, achámos que foi uma boa iniciativa e estava bem organizado.

Desde já agradeço, em nome de toda a equipa, o convite e a disponibilidade.

Sem mais assunto,

Educadora Tânia Ferreira

Isménia <ismeniagoncalves@gmail.com>**4 de Junho de 2010 22:08**

Para: Bruno e Tania Gonçalves <bmsgvtacf@gmail.com>

Olá boa noite! Só hoje tive oportunidade de ver o seu mail, desde ja agradeço ter enviado a opinião das crianças e a vossa! Ficamos muito contentes!...

Mas não enviou nenhuma foto, talvez por lapso!!!

Se puder pode tentar novamente! Obrigada

Isménia Gonçalves

No dia 2 de Junho de 2010 19:03, Bruno e Tania Gonçalves <bmsgvtacf@gmail.com> escreveu:

[Citação ocultada]

Bruno e Tania Gonçalves <bmsgvtacf@gmail.com>**6 de Junho de 2010 16:26**

Para: ismeniagoncalves@gmail.com

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Bruno e Tania Gonçalves** <bmsgvtacf@gmail.com>

Data: 2 de junho de 2010 19:03

Assunto: Fotografias das crianças do Infantário "O Pombal"

Para: ismeniagoncalves@gmail.com

[Citação ocultada]

5 anexos**SDC13515.JPG**



2626K



SDC13522.JPG
2657K



SDC13523.JPG
2573K



SDC13528.JPG
2595K



SDC13525.JPG
2661K

Isménia <ismeniagoncalves@gmail.com>
Para: maria.chumbo@csoeiras.min-saude.pt

7 de Junho de 2010 23:41

Olá Enfª Fátima, a Joana disse-me gostava de ter as fotografias do dia da criança, mando-lhe as que tenho...

Beijinhos

Isménia

----- Mensagem encaminhada -----

Assunto: Fwd: Fotografias das crianças do Infantário "O Pombal"

5 anexos



SDC13515.JPG
2626K



SDC13522.JPG
2657K



SDC13523.JPG
2573K

SDC13528.JPG
2595K



SDC13525.JPG
2661K

postmaster@csoeiras.min-saude.pt <postmaster@csoeiras.min-saude.pt> 7 de Junho de 2010 23:43
Para: ismeniagoncalves@gmail.com

This is an automatically generated Delivery Status Notification.

Delivery to the following recipients failed.

maria.chumbo@csoeiras.min-saude.pt

Final-Recipient: rfc822:maria.chumbo@csoeiras.min-saude.pt
Action: failed
Status: 5.2.3
X-Display-Name: Maria Fatima Chumbo

 **noname**
1K

Isménia <ismeniagoncalves@gmail.com> 17 de Junho de 2010 23:14
Bcc: Raquel Cabrita <raquel.ramos.cabrita@gmail.com>, joana-gui@iol.pt

----- Mensagem encaminhada -----
De: **Bruno e Tania Gonçalves** <bmsgvtacf@gmail.com>
Data: 2 de Junho de 2010 19:03
Assunto: Fotografias das crianças do Infantário "O Pombal"
Para: ismeniagoncalves@gmail.com

[Citação ocultada]

Exmos Sr^o

O ACES – Centro de Saúde de Oeiras, irá organizar no dia 1 de Junho um evento comemorativo alusivo ao dia Internacional da Criança, onde serão realizadas actividades lúdicas no âmbito da promoção da saúde, pelo que, vimos por este meio solicitar a vossa colaboração, se possível, no sentido de disponibilizarem material didáctico, produtos de higiene, ou outros, para oferecer a, aproximadamente, 200 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. Na impossibilidade de não poderem contribuir com a totalidade dos produtos, toda a colaboração será útil.

Desde já, gratos pela vossa disponibilidade.

Cordiais cumprimentos.

A coordenadora da UCC – SAÚDAR

Enf.^a Fátima Chumbo

Contactos:

maria.chumbo@csoeiras.min-saúde.pt

Tel.: 939399422

Aluna da especialidade de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa

Enf.^a Isménia Gonçalves - isméniagoncalves@gmail.com

Tel.: 969625235

DIPLOMA DE PRESEENÇA

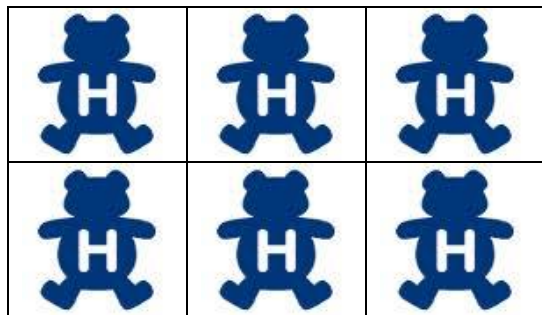
Certifica-se que, _____,
com _____ *anos, participou no "Centro de Saúde da*
Bonecada", no Dia Internacional da Criança.

Assinatura:

Centro de Saúde de Deiras

1 De Junho de 2010

Vacinação



Dr.

Enf.

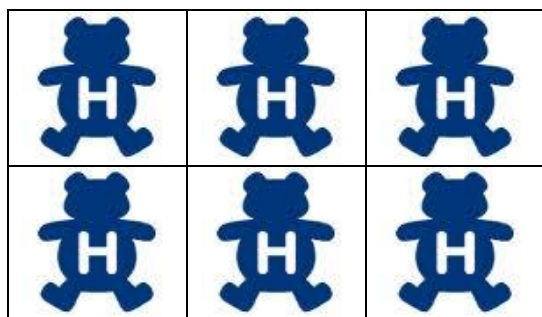
BOLETIM INDIVIDUAL DE SAÚDE



Centro de Saúde da Bonecada

Oeiras, 1 de Junho de 2010

Vacinação



Dr.

Enf.

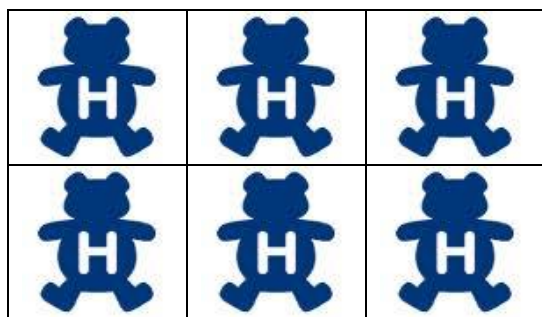
BOLETIM INDIVIDUAL DE SAÚDE



Centro de Saúde da Bonecada

Oeiras, 1 de Junho de 2010

Vacinação



Dr.

Enf.

BOLETIM INDIVIDUAL DE SAÚDE



Centro de Saúde da Bonecada

Oeiras, 1 de Junho de 2010

Doença do Boneco:

Tratamento do Boneco:

Medicamentos:



Nome do Boneco: _____

Idade: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Nome pai/mãe do Boneco: _____

Doença do Boneco:

Tratamento do Boneco:

Medicamentos:



Nome do Boneco: _____

Idade: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Nome pai/mãe do Boneco: _____

Doença do Boneco:

Tratamento do Boneco:

Medicamentos:



Nome do Boneco: _____

Idade: _____

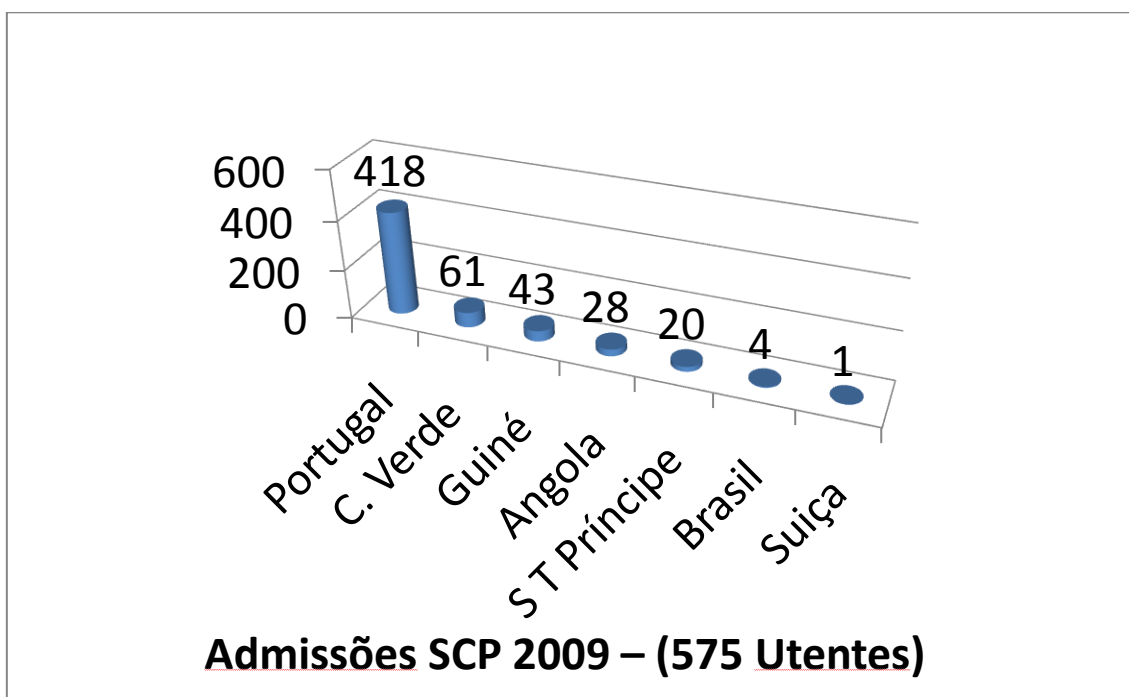
Morada: _____

Telefone: _____

Nome pai/mãe do Boneco: _____

ANEXO VIII – Análise do Número de Crianças Admitidas no SCP – Ano: 2009

ANÁLISE DO NÚMERO DE CRIANÇAS ADMITIDAS NO SCP NO ANO DE 2009



De 575 crianças admitidas no serviço de cardiologia pediátrica, **83,6% são portuguesas, 30,4%,** provenientes dos **Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's)**, e **1% de outras culturas.**

Analisando os dados, podemos concluir que, a cultura predominante é a Portuguesa, mas a cultura africana tem uma predominância relevante (30,4% das crianças admitidas). As restantes culturas têm pouca expressividade.

ANEXO IX – Guia de Acolhimento para Pais: Traduzido para Crioulo e Inglês

Guia de Acolhimento ao Adolescente: Traduzido para Crioulo e Inglês



CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



HOSPITAL DE
SANTA MARTA

GUIA DI ACOLHIMENTO AOS PAIS



AOS PAIS

Equipa di saúde di nós serviço, ta deseja estadia di nhos fidjos tão brevi quanto possível e acompanhada di um rápido restabelecimento.

No ta ajudá-lo na tudo aquilo qui for necessário.



Através di nós guia no to pretendi transmiti alguns informações úteis, di modo qui ta fica asseguradas condição necessária a um vida harmoniosa durante hospitalização di nhos fidjos.

Equipa de Saúde do Serviço (Novembro de 2010)

Médicos

Director di Serviço: Fátima Pinto

Médicos: Anabela Paixão, Conceição Trigo, José Diogo Martins, Isabel Freitas, Filipa Paramés.

Enfermagem

Enfermeiro-Chefe: Mário Duque

Enfermeiros: Teresa Pedro, Ana Maria Ribeiro, Anabela Gonçalves, Fátima Ribeiro, Rui Martins, Maria do Céu Oliveira, Elsa Vaz, Ana Clara Félix, Marina Alfaia-te, Ana Costa, Isabel Guerreiro, Ana Sofia, Vânia Costa, Cecilia Dias, Justo Lopez.

Educadora de Infância

Teresa Vaz.

Técnicas de Cardiopneumografia

Maria de Lurdes Medroa, Teresa Monteiro.

Assistentes Administrativos

Anabela Pimentel, Cátia Pereira

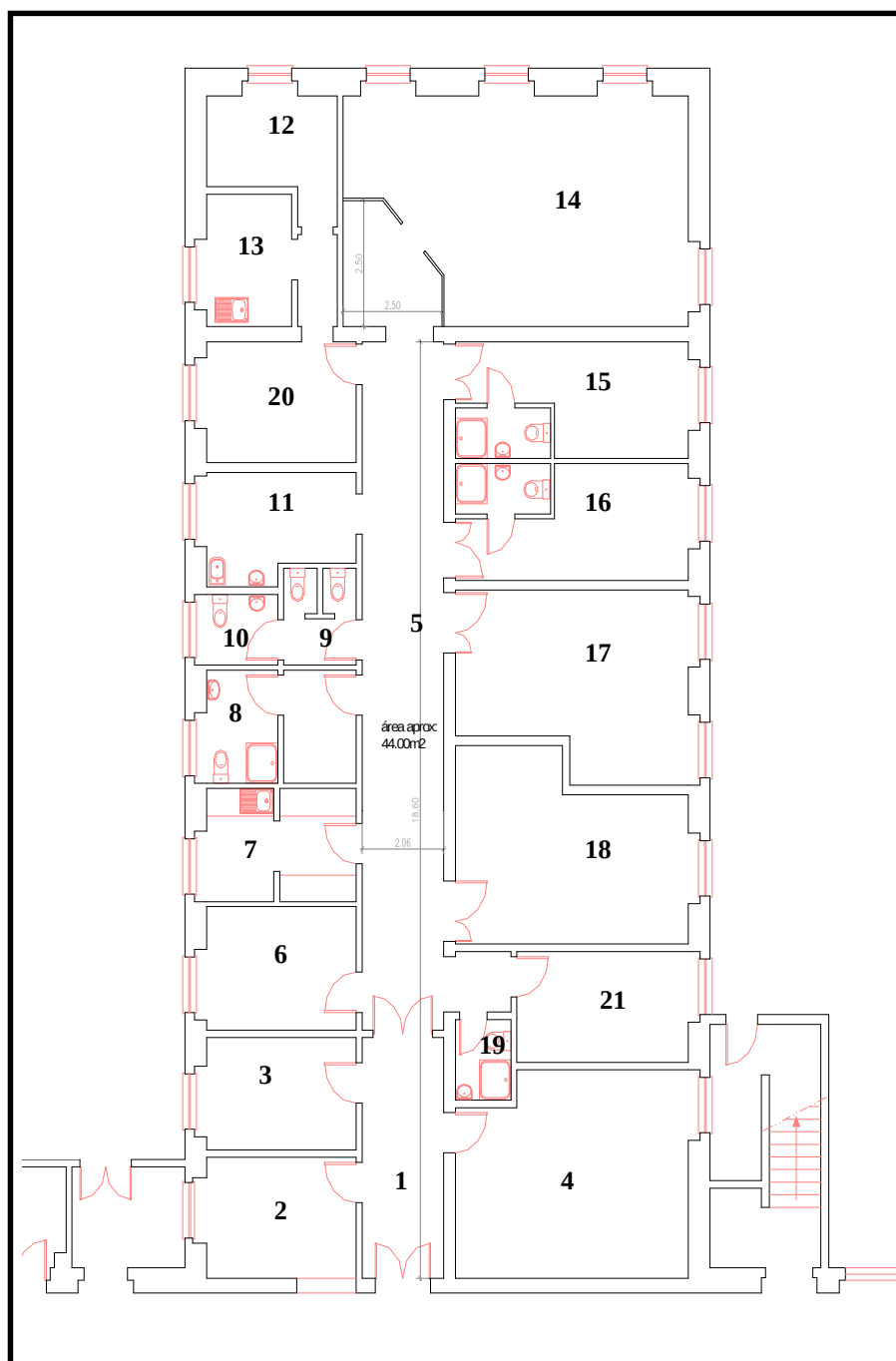
Auxiliares de Acção Médica

Isaltina Casimiro, Cristina Valentim, Amarilis Bernardo, Lyudmyla Nagirnyak, M^a Dores Valentim, Silvana Anselma, Sara Sousa

PLANTA DO SERVIÇO

Legenda:

- 1 - "Hall" de entrada
- 2 - "Recepção" - Secretárias da Unidade
- 3 - Sala de Ecocardiografia
- 4 - Sala de Reuniões
- 5 - Corredor Central
- 6 - Refeitório com TV e Video
- 7 - Copa
- 8 - Sala de Duches
- 9 - W.C. da 1º Infância
- 10 - W.C. da 2º Infância e dos Pais
- 11 - Zona de Sujos
- 12 - Gabinete do Enfermeiro Cefe
- 13 - Sala de Trabalho
- 14 - Unidade de Cuidados Especiais
- 15 e 16 - Quarto com duas camas e W.C.
- 17 - Enfermaria de 1º Infância
- 18 - Enfermaria de 2º Infância
- 19 - W.C. de Pessoal
- 20 - Sala de tratamentos
- 21 - Gabinete de Electrocardiografia



INFORMAÇÕES GERAIS

Sempre qui nhos cre, nhos podi utiliza roupa pessoal di nhos fidjos, assim como si objectos di uso pessoal, por exemplo: chucha, scova di dentes, pentea, chinelos, livros e brinquedo preferidos.

Djobi ropa certo objectos pessoais dentro di mesa di si cabeceira, di manera qui ta manti serviço co um aspecto agradável.

Na berçário nhos podi guardo ses objecto dentro di berço ou incubadora.



Nhos ca podi trazi para Hospital: comida, guloseimas, medicamento, ben como objecto di valor (ex: pulseiras, fios, jogos, aparelhos de televisão).

É importante que explicas hábitos di nhos fidjo ao enfermeiro qui ta toma conta co cuidado. E quel enfermeiro li qui nhos mesti sempre qui nhos cre informaçon sobre evoluçon di stado di saúde di nhos criança.



Informações di médicos ta transmitidas pa quel médico responsável pa internamento di nhos fidjo.



HIGIENE CO SEGURANÇA

Sempri qui condição clínica ta permite, nu ta da nhos fidjo banho. Antes de nhos fasi, debi bai pa Enfermeiro de pergunta modi qui nhos podi fasi. Sempri qui possível, nhos debi da banho antes di pequeno-almoço.



Pa razão di segurança, sempri qui nhos afasta di cama di nhos fidjo, nhos põe grades di para riba e bem guardado.

Pa razão de saúde co segurança, NHoS CA PODI CHINTA OU DEITA NA CAMA da criança, nem ca podi permiti qui visita ou outro irmãos ta fasi.



ALIMENTAÇÃO

Alimentação ta dado pa Hospital de acordo co dieta prescrita pa médico.

Ca ta permitido entrada de alimentos confeccionados trazido di fora.

Comida ta dado no refeitório. Crianças di cama, comida ta dado no quarto.

Si eventualmente nhos fidjo ca gosta di comida qui es dado nhos debi fla Enfermeiro responsável, pa comunicar à dietista.

Crianças qui ta toma mama de peito nhos debi manter mesmo leite timente es sta internado, salvo indicação médica por contrário.

Horário das refeições



**9h - P. Almoço
13h - Almoço
16h - Lanche
19h - Jantar**



CONVÍVIO

Serviço ta dispõe Educadora di Infância, qui ta sta no serviço de 2ª a 6ª feira. Trabadjá co crianças de maneira que si integração na Hospital ta sta mas fácil e agradável.



Caso nhos fidjo tenha qui ficar na cama, Educadora ta pos nas actividades adequada à ses situação, como lê stórias ou enxinos jugo. Crianças qui ca sta na cama nhos podi lebar pa sala de actividades, onde qui ta sta ambiente agradável co possibilidade de desenvolver diversas actividades.

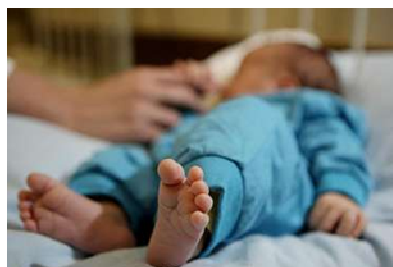


PRESENÇA DE PAIS NA SERVIÇO

Pais podi ficar na serviço de 8 às 22h, sendo nhos permanência bem aceita e desejada pa tudo equipa de saúde. Ta distribuído tudo pais cartões pa quês podi entra na Hospital.

Durante nhôs permanência no serviço nhôs debi atendi ques seguintes normas:

- Guardar nhos haver no cacifo ques sta;
- Lava mão antes de pega na nhos fidjo;
- Colabora na higiene e alimentação de criança;
- Colaborar co equipa de saúde na tratamento di nhos fidjo daz apoio emocional no cuidados quês podi presta;
- Respeita horário de repouso e alimentação de criança;
- Manti arrumado unidade di nhos fidjo (cama, berço, mesa di cabeceira);
- Permanece djunto co criança, evita percorre quartos de outros crianças;
- Si nhos fidjo sta na berçário, nhos tem qui respeita inda quês seguintes normas:
 - Lava mão muito bem e tra pulseiras.



Ca podi:

- Entra na Sala de Enfermagem nen na Copa.
- Fasi perguntas sobre stado di nhos fidjo a outro pais, nem ca podi da informação de stado de saúde de outra crianças. Queli é função de Enfermeiro responsável pa cada criança.
- Consulta processo clínico de criança.
- LEVA E/OU GUARDA COMIDA NA MESA DI CABECEIRA

Direitos:

- Tudo pais ou acompanhantes legais di criança internada, podi almoçar ou janta na refeitório di Hospital conforme pagamento da refeição. Na alguns situação ques refeição podi ser concedido di graça. Pa sabi si tem direito pergunta djunto di Administrativa de Serviço.

**Horário di Refeitório para os pais/acompanhantes legais:**

Almoço - 14.00h às 15.00h

Janta - 19.00h às 20.00h

Nota: Pa esclareci di qualquer assunto qui ca ta tem qui mostrado, nhos podi bai po chefe de Enfermeiro.

BISITAS

Na berçário ca ta permitido bisita, menos pais, na alguns situações ,di irmãos. Antes de entrar debi tira pulseira e aneis e laba mão.

Hora de bisitas na enfermaria é das 12.00h às 20.00h tudo dia e cada criança tem direito de recebe dós bisita na simultâneo, ta conta cu nhos.

Nhs evita papia alto na bisita, de manera qui ca ta perturba crianças.

Si nhos fidjo pode desloca, pode recebi bisitas na refeitório di maneira qui ca ta incomoda otos crianças que sta no stado mas grave, ou ta descansa no quarto.

Criança co menos de 12 anos, co excepção de irmãos, ca pode entra no serviço.

Pais que ca podi adjos na Hospital, es podi sabi notícias, atraves de telefone di Hospital di Santa Marta - 213594331/2/26/244.

Ses sta na Hospital e es cre liga pa fora, es debi bai na um qualquer cabine público no corredor central ou na entrada principal.

Telemóveis debi sta desligado.

É PROIBIDO FUMA NA HOSPITAL



ASSISTÊNCIA RELIGIOSA Ó ESPIRITUAL

Hospital a da um capela católica qui ta fica na claus-tros di jardim, ta sta aberto di 9.00h ti 16.00h.

Se bo mesti informação sobre actividade religiosa disponivel ou otro tipo de assistência espiritual, contacta Enfermeiro responsável pa cuidados de nhos criança.

Nos Serviço sta disponivel contacto di embaixada, comunidades específicas, consulados, entidades religiosas cristãs e ca cristãs, qui nhos podi mesti.

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Crianças qui sta internado na servico ten, tchen vez, necessidade di tratamento di medicina física. Profissionais des Serviço ta ajuda ta recupera os movimentos respiratórios normais e actividade física antes co depos di cirurgia.



SERVIÇO SOCIAL

Sempre qui nhos tem algum problema, haver co hospitalização di nhos fidjos nhos papia co Assistente Social di serviço.



Enfermeiro ta indica o Gabinete de Serviço Social qui stá aberto di 2^afeira a 6^afeira, di 9.00h ti 15.00h.

DÁDIVAS DI SANGUE

Para determinadas cirurgias no ta mesti transfusão di sangue.



É conchedo geralo qui sangue rareia. Como tal, no ta pidi nhos familia e amigos que pa diposita sangue em nome di nhos fidjos

Para es efeito nhos debi bai a serviço de sangue na dias úteis di 9.00h ti 13.00h. Nhos tem nome completo di criança pa refire que a mesma criança ta ser tratada no Serviço de Cardiologia Pediátrica.

ENSINO MÉDICO E DE ENFERMAGEM

Nos Serviço di Cardiologia Pediátrica ta pratica ensino pré e pós-graduação e colabora co nos Escolas Superiores di Enfermagem na formação di nhos alunos.

Pra além di médico e/ou enfermeiro podi alendi nhos fidjos alunos di Medicina e/ou di Enfermagem sempri co supervisão di um profissional di serviço.

Na caso di nhos ca deseja a participação di alunos, nhos devi comunica médico e/ou enfermeiro di serviço.



ALTA

Alta ta dado pa Médico qui ta fala co doenti e ta passa receta co informações escrito necessárias;

Nhos esclareçi co o Enfermeiro tudo dúvida referentes à medicação di nhos fidjos ou qualquer outro dúvida qui podi surgi;

Nhos leba co nhos documentação pa entrega na nhos médico di família ou pediatra e ao Enfermeiro di Centro de Saúde di nhos área de residência qui podi da continuidadi na cuidado qui nhos criança mesti;

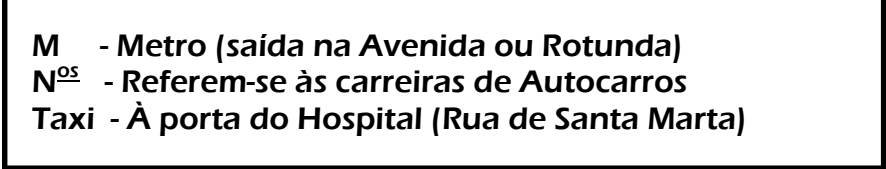
Si nhos necessita di algum medicação i Farmácia do Hospital, sta situado na R/C di “Edifício Novo” junto à secretaria central das consultas externas;

Nhos devi devolve Enfermeiro responsável carton di bisita si ma tchabi di cacifo, depos di nhos ca tra nhos haveres;

Nhos ca devi sei di serviço sem avisa Enfermeiro responsável pa criança;

Si nhos tem dúvida na casa, nhos podi contacta co o Enfermeiro ou Médico di serviço.

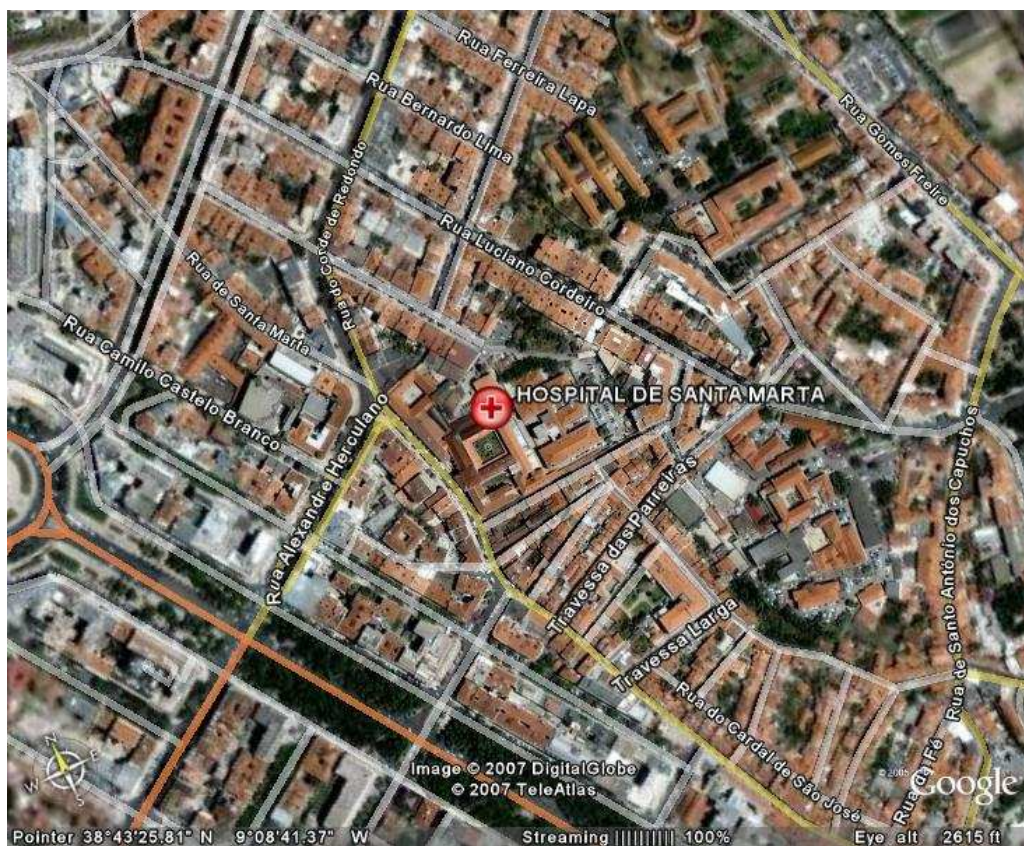




N^{os} - Referem-se às carreiras de Autocarros

Taxi - À porta do Hospital (Rua de Santa Marta)

MAPA



No ta deseja qui nhos fidjo ritabeleci o mais rapido possivel;

Nos ta espera nhos colaboração e no ta agradecei sugeston di nhos acolhimento.



Carta da Criança Hospitalizada

ESTA CARTA FOI PREPARADA POR VÁRIAS ASSOCIAÇÕES EUROPEIAS EM 1988, EM LEIDEN



1

A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

2

Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3

Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário.

Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

4

As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.



5

Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

6

As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.



7

O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8

A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9

A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10

A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.



Guia de Acolhimento elaborado por
Enf.^a Esp. Teresa Pedro

Traduzido para Crioulo por:
Isménia Gonçalves — Aluna da Especialidade
em Saúde Infantil e Pediatria — ICS — UCP

Actualização: Novembro de 2010
(Rever em Novembro de 2012)



CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE



HOSPITAL DE
SANTA MARTA

PEDIATRIC CARDIOLOGY SERVICES

PARENTS RECEPTION GUIDE



PARENTS

The health team of this ward hopes your child's stay is short as possible and accompanied by a rapid recovery.

We will provide them with all the care they need.



Through this guide we will give you some useful information so that you can be sure that everything runs smoothly during your child's stay in the hospital.

WARD HEALTH TEAM (March 2010)

Doctors

Service Director: Fátima Pinto

Doctors: Anabela Paixão, Conceição Trigo, José Diogo Martins, Isabel Freitas, Filipa Paramés.

Nurses

Head Nurse: Mário Duque

Nurses: Teresa Pedro, Ana Maria Ribeiro, Anabela Gonçalves, Fátima Ribeiro, Paula Baptista, Rui Martins, Maria do Céu Oliveira, Elsa Vaz, Ana Clara Félix, Marina Alfaia-te, Ana Costa, Isabel Guerreiro, Ana Sofia, Vânia Costa, Cecília Dias, Justo Lopez.

Childhood Educator

Teresa Vaz.

Cardio-pneumography Technicians

Maria de Lurdes Medroa, Teresa Monteiro.

Administrative Assistants

Anabela Pimentel, Cátia Pereira

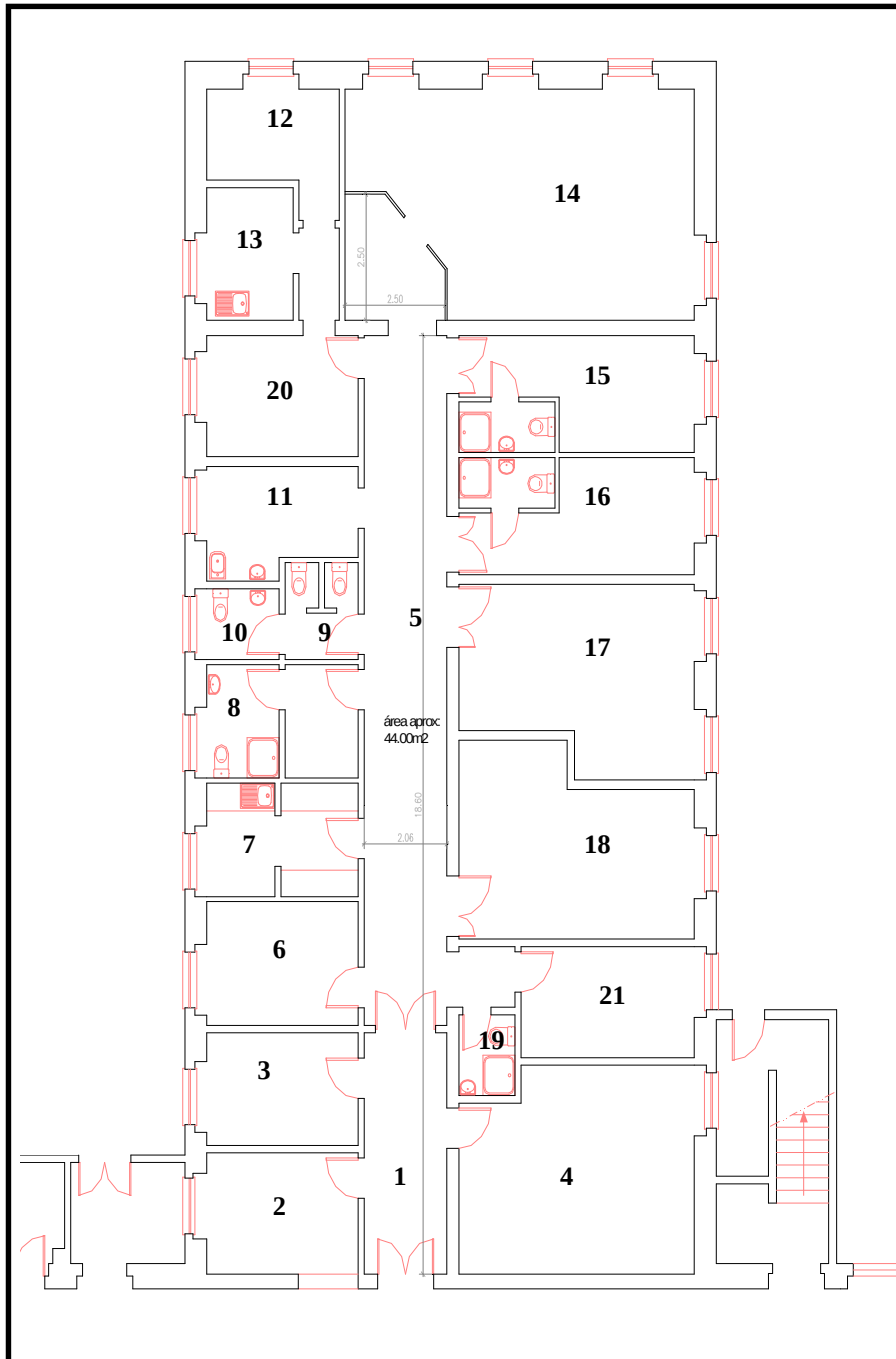
Medical Auxiliaries

Isaltina Casimiro, Cristina Valentim, Amarilis Bernardo, Lyudmyla Nagirnyak, M^a Dores Valentim, Silvana Anselma, Sara Sousa.

WARD PLAN

Key:

- 1 - Hall**
- 2 - Reception**
- 3 - Echocardiography Room**
- 4 - Meeting Room**
- 5 - Central hall**
- 6 - Cafeteria with TV and Video**
- 7 - Utility Room**
- 8 - Shower Room**
- 9 – W.C. for babies up to 18 months**
- 10 – W.C. for children and teenagers.**
- 11 – Dirty Laundry Room**
- 12 - Chief Nursing Office**
- 13 - Work Room**
- 14 - Special Care Unit**
- 15 & 16 - Rooms with two beds and W.C.**
- 17 - Infirmary for babies up to 18 months**
- 18 - Infirmary for children and teenagers**
- 19 - Staff W.C.**
- 20 - Treatment Room**
- 21 - Electrocardiography Room**



GENERAL INFORMATION

Whenever you want to and there is no special reason not to do so, you can use personal clothing for your child, as well as personal things such as a dummy, a toothbrush, a comb, slippers, books and favourite toys.

Try to keep the clothes and some personal items in the bedside table allotted to them in order to keep the ward looking tidy.

In the nursery, you can place those objects inside the baby's cot or incubator.

The ward always tries to meet the needs of the children staying there and we also have a welcome guide in Braille.



You should not bring to the hospital:
food, treats, medication and valuables (e.g. jewellery,
wires, fixtures, electrical appliances).

It's important to explain your child's habits to the nurse
that will be responsible for his or her care. You should
contact that nurse whenever you want information
about developments in the health of your child.



Medical information will be given to you by the hospi-
tal doctor responsible for your child's health.



HEALTH AND SAFETY

Whenever the medical condition allows, you may bathe your child. Before doing so you must talk with the nurse make sure that it is ok. Whenever possible, the bath should be given before breakfast.



For security reasons, when you have to move away from your child's bed, put the bars up and firmly.

For health and safety reasons, YOU SHOULD NOT SIT OR LIE ON THE CHILDREN'S BEDS or allows visitors or other people to do that.



ALIMENTATION

Food is served by the Hospital according to the diet prescribed by the doctor. You are not allowed bring cooked food from outside the hospital.

Meals are served in the cafeteria. When children are confined to bed, meals are served in the room.

If your child does not like the meals served, you must tell to the nurse, so that the dietician can be informed.

Children who are being breast-fed should maintain lactation even while hospitalised, unless medically indicated otherwise.

Mealtimes



9h - Breakfast
11h - Snack
13h - Lunch
16h - Snack
19h - Dinner
22h - Supper



SOCIALISING AND ENTERTAINMENT

The ward has a kindergarten teacher, who works from Monday to Friday. She works with children to make their integration into the hospital easier and more enjoyable.



If your child has to stay in bed, the kindergarten teacher will provide activities appropriate to their situation, such as reading stories or teaching games. Children who are not confined to bed can go to the activity room, where they will find a pleasant environment with the opportunity to do different activities.



PRESENCE OF PARENTS ON THE WARD

Parents may remain in service from 8.00 a.m. to 10.00 p.m. and your stay is well accepted and welcome by the whole healthcare team. Visiting cards will be given to parents to give them access to the hospital.

During your stay in the ward, you must follow these rules:

- Store your belongings in the locker provided for this purpose.
- Wash your hands before holding your child.
- Help with hygiene and feeding your child.
- Cooperate with the health team in the treatment of your child by giving him or her emotional support;
- Respect the child's rest and feeding times;
- Keep your child's space tidy (cot or bed and bedside table).
- Stay with your child and avoid visiting other children's rooms.
- If your child is in the nursery, you must:
 - Remove bracelets
 - Wash your hands thoroughly



YOU SHOULD NOT:

- Go into the Nursing Room or in the Utility Room.
- Ask other parents questions about the state of your child or give information about the health of other children. This is the job of the nurse responsible for each child.
- Consult the medical records of children.
- BRING FOOD INTO THE WARD AND/OR STORE IT IN THE BEDSIDE TABLES

Rights:

- All parents or legal guardians of the children can have lunch or dinner in the cafeteria of the hospital on payment of the meal. In some situations these meals will be provided free of charge. For more information, please contact the Administrative Service.

Cafeteria opening hours:

Lunch - 14.00h to 15.00h
Dinner - 19.00h to 20.00h



Notes: For further information on any issues not covered here please speak to the nurse in charge.

VISITS

In the nursery, no visitors are allowed except for parents and in some situations brothers/sisters. Before visits you should remove bracelets and rings and wash hands.

Visiting hours in the ward are from 12.00 to 20.00 daily and each child has the right to receive two visitors at the same time, including you.

Please make sure you don't speak loudly and disturb the other children.

If your child can move around, he or she may receive visitors in the cafeteria to avoid disturbing the other children who are in a serious condition, or resting in the room.

Children under 12 years cannot enter the ward unless they are the brothers and sisters of the patient.

Parents who cannot come to the hospital can get news by calling to Santa Marta Hospital - 213 594 331 /2/26/244.

If you are in the hospital and want to call outside, you should go to one of the public phones that are in the central hall and in the main entrance.

Mobile phones must be switched off.

SMOKING IN THE HOSPITAL IS PROHIBITED



RELIGIOUS OR SPIRITUAL CARE

The Hospital has a Catholic chapel located in the cloister garden which is open from 9.00 a.m. to 4.00 p.m..

If you need information about available religious activities or other types of spiritual assistance, contact the nurse responsible for the care of your child.

If you need them, we have the contact of embassies, specific communities, consulates and religious institutions (Christian non-Christian).

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION WARD

Children admitted to the service will often need treatment for physical medicine. This professionals of this ward will help them to recover normal breathing movements and physical activity before and after surgery.



SOCIAL WELFARE

Whenever you have a problem related to the hospitalisation of your child you may speak to the ward Social Worker.



The nurse will show you the Social Services Office of which is open on Monday to Friday from 9.00 a.m. to 3.00 p.m.

BLOOD DONATION

Blood transfusions required for certain operations.

As we all know the blood is scarce. So, please ask your relatives and friends to donate blood in the name of your child.

To do this they should go to this hospital's blood service on weekdays from 9.00 a.m. to 1.00 p.m. They should give the child's full name and mention that he or she will be treated in the Department of Paediatric Cardiology.



MEDICAL AND NURSING TRAINING

The Department of Paediatric Cardiology is involved in pre and post graduate teaching and works with the Schools of Nursing in training their students.

In addition to the doctor and/or nurse, your child may be treated by medical and/or nursing students, always under supervision of a fully qualified professional.

If you do not want the students to be involved in the treatment of your child, you should notify the doctor and/or nurse.



DISCHARGE FROM THE HOSPITAL

Discharge from the hospital will be given by the doctor who will talk to you and give you the diet and other necessary information.

Clarify all the questions regarding your child's medication or any other questions that you may have with the nurse.

You will take documents with you to give to the paediatrician or family doctor and to the nurse of the Health Centre in your area of residence, so they can continue the treatment that your child still needs.

If you need any medication from the Hospital Pharmacy, this is situated on the ground floor of the "New Building" near the central secretary of the consultations.

You should not leave the service without warning the nurse responsible for your child.

If you have any doubts at home, you can contact with the nurse or doctor at this service.



TRANSPORT ACCESS TO HOSPITAL

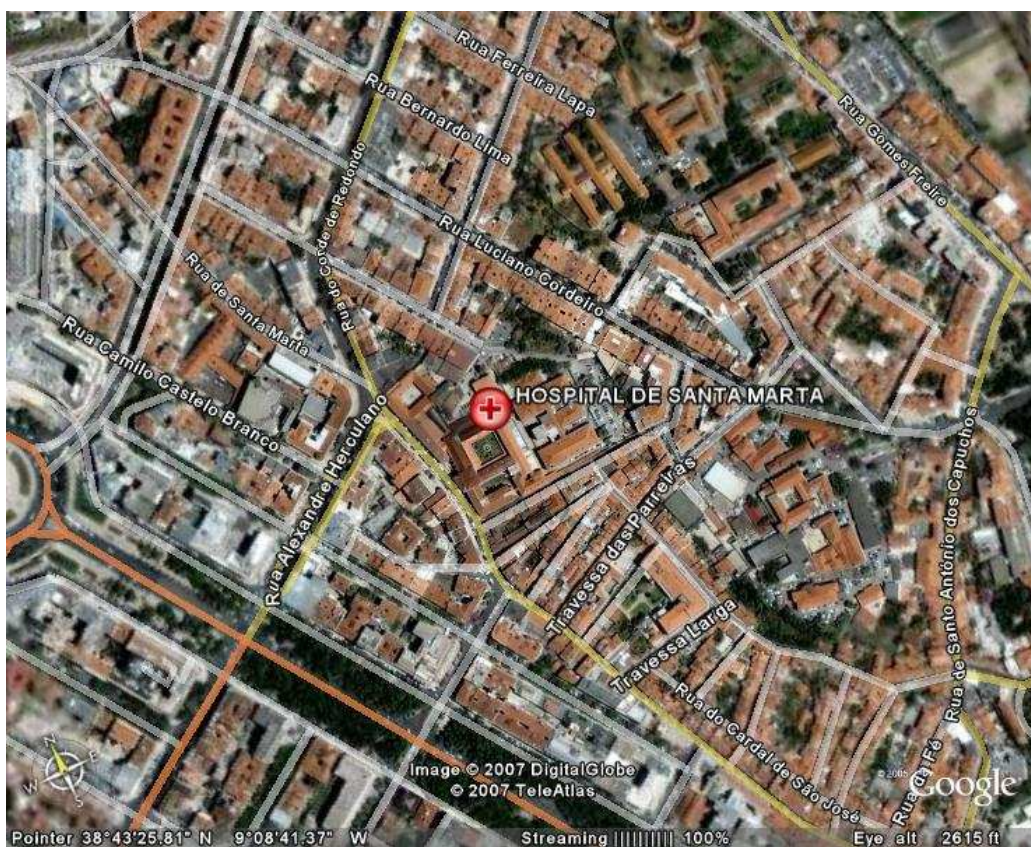


M - Subway (exit at Avenue or Rotunda)

Nos - refer to the Buses

Taxi - at the door of the Hospital (Santa Marta Street)

MAP



We hope that your child gets better as soon as possible.

We expect your cooperation and we appreciate any suggestions you may have to make things work better.

Note: For clarification on any matter that has not been mentioned here, you may ask the nurse in charge.



5

Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

6

As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.



7

O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8

A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9

A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10

A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.



Adapted from PARENTS' RECEPTION GUIDE

PARENTS' RECEPTION GUIDE prepared by

Nurse Teresa Pedro

- Translated in November 2010 by Isménia Gonçalves

– Student of Child Health and Paediatrics Course at the Portuguese Catholic University.

(Review in March 2012)



CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



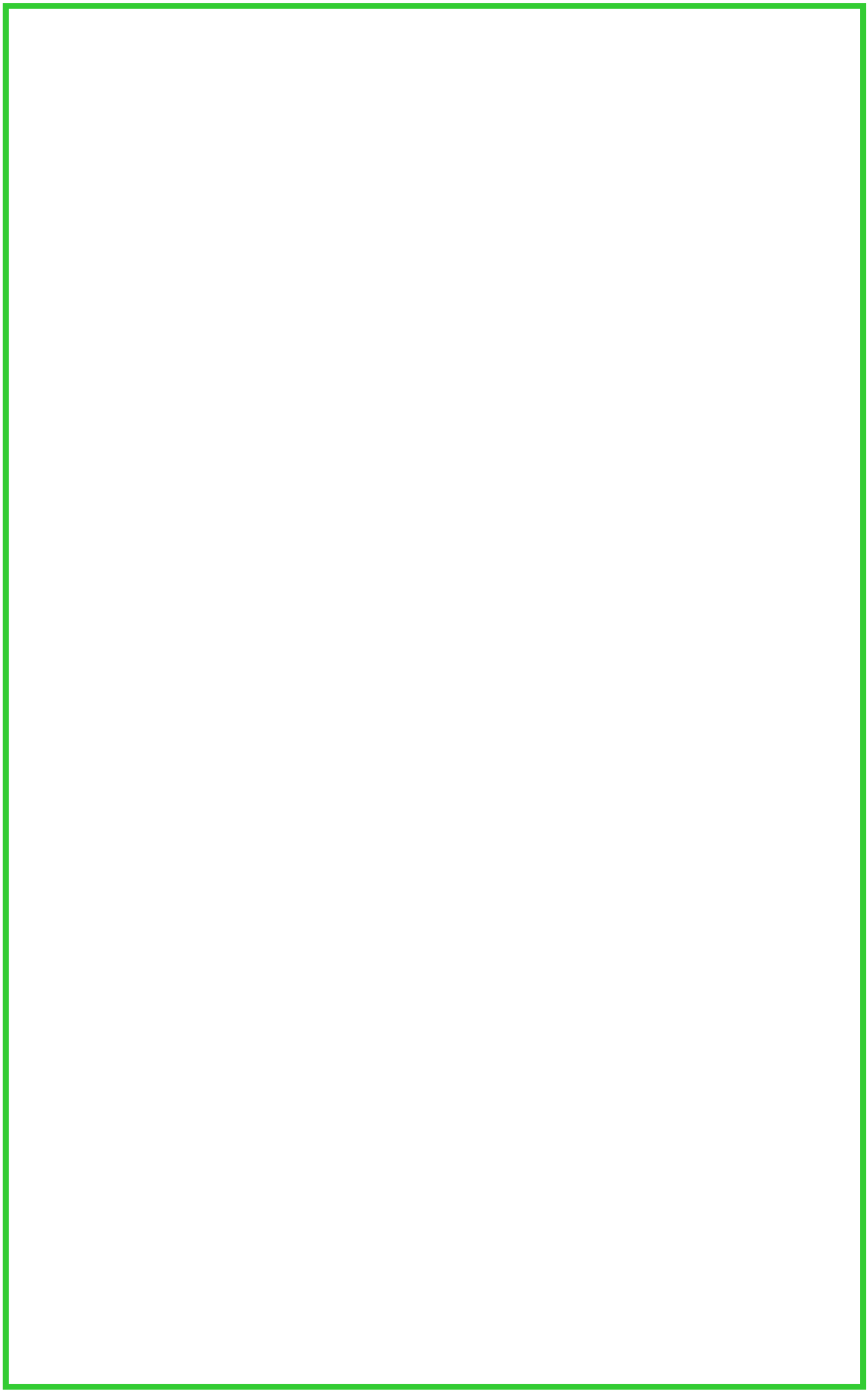
CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



HOSPITAL DE
SANTA MARIA

GUIA DI ACOLHIMENTO AO ADOLESCENTE





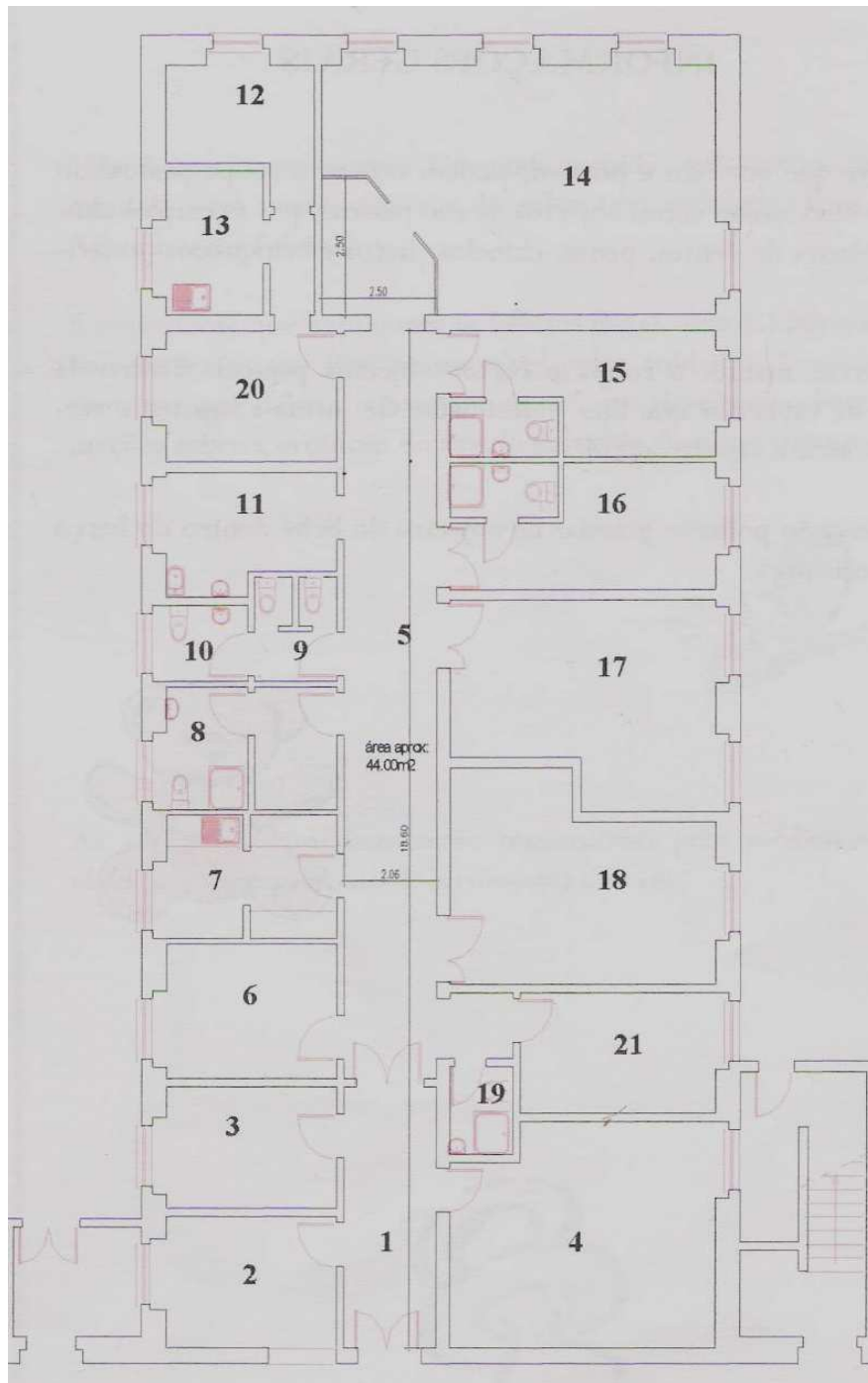
Através di guia bo podi ter algum informação sobri serviço ondi bo acaba di tchiga.

Equipa di saúde stá à bo disposição pa esclarecer dúvida qui bo possa ter, pa ajuda sempri qui necessário.



PLANTA DO SERVIÇO

- 1– “Hall “de Entrada**
- 2- “Recepção” - Secretárias de Unidade**
- 3– Sala de Ecocardiografia**
- 4– Sala de Reuniões**
- 5– Corredor Central**
- 6– Refeitório com TV e Vídeo**
- 7– Copa**
- 8– Sala de Duches**
- 9– W.C. da 1ª infância**
- 10– W.C. da 2ª infância e dos Pais**
- 11– Zona de Sujos**
- 12– Gabinete do Enfermeiro Chefe**
- 13– Sala de Trabalho**
- 14– Berçário**
- 15 e 16– Quarto com 2 camas e WC**
- 17– Enfermaria de 1ª Infância**
- 18– Enfermaria de 2ª Infância**
- 19– W.C. do Pessoal**
- 20– Gabinete de Enfermagem**
- 21– Gabinete de Electrocardiografia**



INFORMAÇÕES GERAIS

Siempre qui bo cre, bo podi utiliza bo roupa pessoal, sima qui objecto di uso pessoal (scoba di dente, pentea, chinelo, etc)

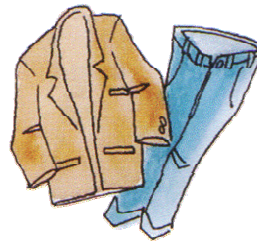
Djobi ropa e certo objectos pessoais dentro di mesa di cabeceira qui és dau.

Bo ca podi trazi pa hospital:

Comida, doçi, medicação ou objecto di valor.

Bo podi utiliza telemóvel, após autorização di enfermeiro, mas bo tem qui ter, o cuidado pa ca incomoda outro criança.

Os computadores portáteis e videojogos ca é proibidos, mas ta fica na responsabilidade di bo teus pais. Podi ser utilizado si bo situação clínica permiti.



HIGIENE

Siempre qui bo situaçon clínica ta permite bo pode toma banho bo so ou co ajuda di bo pais. Bo ten qui pergunta primeiro a Enfermeiro.

Sempri qui possível, bo ten qui toma banho antes di pequeno almoço.



ALIMENTAÇÃO

Bo alimentação ta dado pa hospital di acordo co dieta prescrita pa medico.

Ca ta permitido trasi comida di rua.

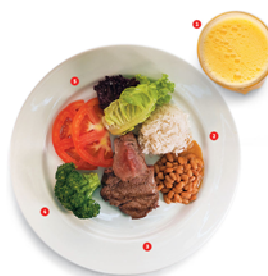
Tudo refeição é servido pa refeitório. Sempre qui bo situação clínica ca permiti desloca pa refeitório, refeição será servido na bo quarto.

Si bo ca gosta di refeição servida bo devi fla ao enfermeiro responsável, pa comunica dietista.

Horário das Refeições



9h—Pequeno
Almoço
13h— Almoço
16h— Lanche
19h— Janta
22h— Ceia



CONVIVIO

Serviço ta dispõe de educadora de infância qui podi fornece jogos ou livros, si bo cre solicita, ou ainda participa na actividade desenvolvida pa mesma na sala di actividade.

Sempri qui bo cre e deseja bo podi conviver co outro adolescente ou criança na serviço desdi qui bo situação clínica de ambos o permita.



CUIDADOS COM BO UNIDADE

Bo unidade é constituído pa cama, mesa di cabeceira e cadeira ou cadeirão.

Bo tem qui mante cama e mesa di cabeceira arrumada.

Bo guarda objectos pessoais (principalmente os di valor) e bo pais no cacifo qui bo foi atribuído.

Televisão di quarto ca podi sta ligada tchen tempo pa ca incomoda outras crianças qui sta no quarto ta cansa.

BISITA

Horário di bisita qui bo podi recebi é entre as 12h e as 20h, diariamente e bo ten direito de recebi dos bisita em conjunto ta conta co bos pais.

Tenta evita qui bo bisita pa ca papia alto, pa ca incomoda outros crianças.

Si bo podi bei ao refeitório bo podi recebi bo bisita mas bo ca podi fazi muito barulho pa ca incomoda outros criança qui stá na mesmo quarto ou qui stá di estado mais gravi.

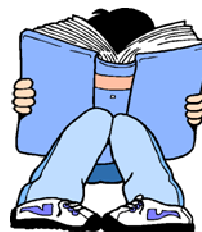
Bo ca podi receber bisita di crianças com menos di 12 ano, a não ser si for bos irmãos.

Por razoes di saúde e segurança, bo ca podi permiti qui bo bisita ou irmãos jinta ou deta na bo cama.

Avisa bos bisitas qui tem qui desliga telemóvel.



ESTUDO



Bo podi pedir na bo colega pa trazi matéria dada na aula pa bo bei actualizando, si bo situação clínica permiti.

INFORMAÇÃO MÉDICA

Informação médica será transmitido pa bo médico responsável pa bo internamento.

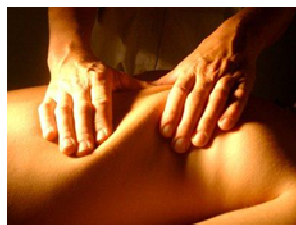
ASSISTENCIA RELIGIOSA OU ESPIRITUAL

Si bo cre informação sobre actividade religiosa disponível ou outro assistência espiritual, solicita ao enfermeiro responsável pa bo cuidado.

Serviço ta dispõe contactos de embaixadas, comunidades específicas, entidade religiosa cristã, ca cristã, qui podi solicita si bo cre.

SERVIÇO DI MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Podi ser necessário bo realizar tratamento di medicina física e reabilitação. Os profissionais des serviço ta ajuda ta recupera movimento respiratórios normal após cirurgia.



ALTA

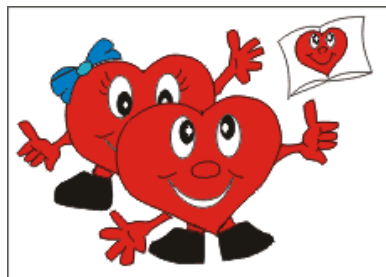
Alta será dada pa Médico qui fala co bo e nhos pais e da receita e informação escrita necessário.

Esclareci co bo pais e co enfermeiro tudo duvida acerca d medicação qui bo ta fazi na casa.

Fla bo pais qui es tem qui entrega enfermeira responsável cartão de bisita, tchabi di cacifo qui bo foi destinado, depós di tra tudo bo haveres.

Bo ca podi sai di serviço sem avisa o enfermeiro responsável pa bo.

TUDO EQUIPA TA DESEJA QUI BO TA RESTABELECE O MAIS RAPIDAMENTE POSSÍVEL!



Adaptado do Guia di Acolhimento aos Pais

*Traduzido para Crioulo por:
Isménia Gonçalves — Aluna de Especialidade em
Saúde Infantil e Pediatria — ICS — UCP*

Responsável pela revisão: Enf.º Chefe Mário
Duque



Traduzido em Novembro de 2010
(Rever em Novembro de 2012)



CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



HOSPITAL DE
SANTA MARIA

TEENAGERS RECEPTION GUIDE



Translated in November 2010
(Review in 2011)

Going into hospital always brings doubt and uncertainty to young people, because of the change in routine and having to get used to a new situation.

This guide is to give you some information about the department where you will stay.

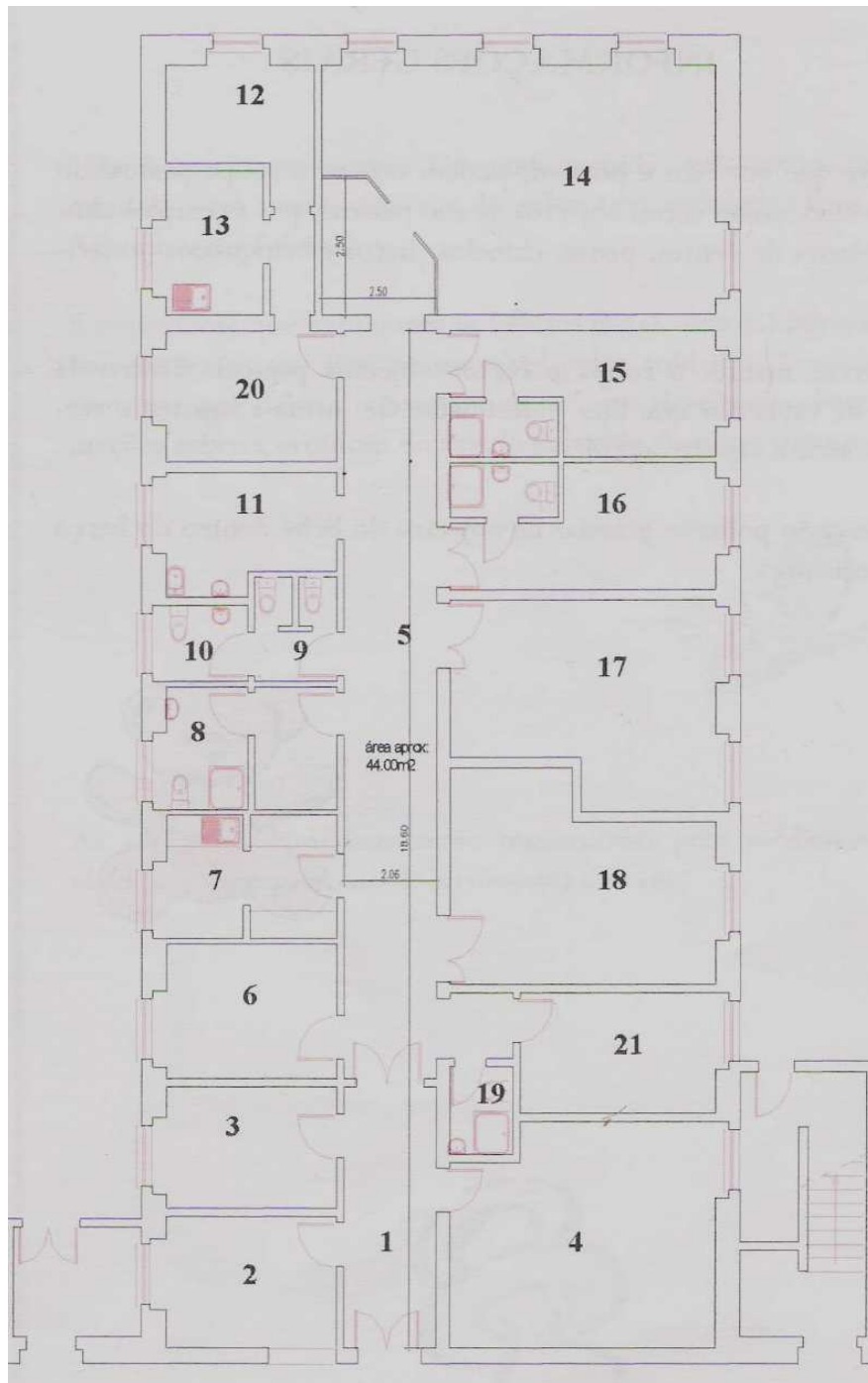
The medical team is available to answer any questions you might have and help you whenever necessary



WARD PLAN

Key:

- 1 - Hall
- 2 - Reception
- 3 - Echocardiography Room
- 4 - Meeting Room
- 5 - Central hall
- 6 - Cafeteria with TV and Video
- 7 - Utility Room
- 8 - Shower Room
- 9 - W.C. for babies up to 18 months
- 10 - W.C. for children and teenagers.
- 11 - Dirty Laundry Room
- 12 - Chief Nursing Office
- 13 - Work Room
- 14 - Special Care Unit
- 15 & 16 - Rooms with two beds and W.C.
- 17 - Infirmary for babies up to 18 months
- 18 - Infirmary for children and teenagers
- 19 - Staff W.C.
- 20 - Treatment Room
- 21 - Electrocardiography Room



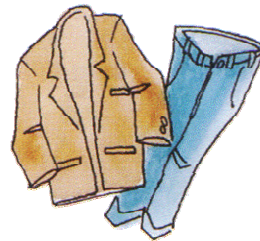
GENERAL INFORMATION

Whenever you want to and there is no reason not to, you can wear your own clothes and use your own personal things (toothbrush, comb, slippers, etc.)

You can keep your clothes and personal items in the bedside table that given to you.

You must not bring these things to the hospital:

Food, treats, medication or valuables.



You can use your mobile phone when the nurse says it's ok. However, you must be careful not to disturb the other children sharing your room.

There is no ban on laptop computers and video games but you and your parents are responsible for their use and they can only be used if there is no medical reason not to use them.



HYGIENE

You can have a bath alone or with the help from your parents at any time as long as there is not medical reason not to. Always ask the nurse first.

Whenever possible, you should have your bath before breakfast.



FOOD

The hospital will give you food that your doctor has chosen for you.

You are not allowed to bring food from outside.

Meals are served in the cafeteria. Whenever your medical condition means that you can't go to the cafeteria, your meal is served in the room.

If you do not like the meals served, you must inform the nurse in charge so that he or she can speak to the dietician.

Mealtimes



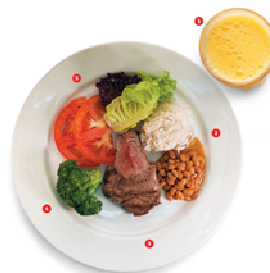
9h—Breakfast

13h— Lunch

16h— Snack

19h— Dinner

22h— Supper



SOCIALISING AND ENTERTAINMENT

The ward has a kindergarten teacher who can give you games or books, if you ask for them. You can also join in the activities in the activities room.

Whenever you want to you can socialize with other children or young people in the ward as long as there is no reason not to.



CARING FOR YOUR SPACE

Your space includes your bed, bedside table and chair or arm-chair and you should keep all of this tidy.

Keep your personal items (especially your valuables) and your parents' valuables in the assigned locker.

You can't watch TV if this means that so the other children in the same room can't get their rest.

VISITS

You can have visitors between 12h and 20h every day and you are entitled to receive two visits at the same time relying on your parents. ...and you can have two sets of visitors at the same time including your parents ????

Please make sure your visitors don't speak loudly and disturb the other children.

If you can, take your visitors to the cafeteria so that you don't disturb other children who are more sick than you or who are resting in the room.

You cannot have visitors under the age of 12 unless they are your brothers or sisters.

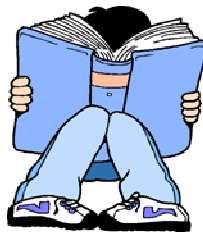
For health and safety reasons , you should not allow visitors or your brothers and sisters sit or lay down in your bed.

Please tell your visitors to turn off their mobile phones.



SCHOOL WORK

As long as there is no medical reason not to, you can ask your school friends to bring you the work from your classes so you can study.



MEDICAL INFORMATION

Medical information will be given to you by the doctor by the doctor who decided to bring you into the hospital.

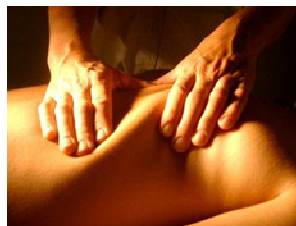
RELIGIOUS or SPIRITUAL CARE

If you need information about the religious activities that are available or other types of spiritual care, please contact the nurse who is looking after you.

If you need them, we have the contact of embassies, specific communities, consulates and religious institutions (Christian non-Christian).

PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION WAR

It may be necessary to perform physical medicine treatments. The professionals of this ward will help you to recover normal breathing movements after surgery.



LEAVING THE HOSPITAL

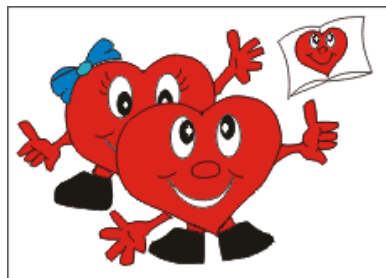
Your doctor will decide when it is time for you to leave the hospital and will talk to you and your parents and give the information about the food you should eat as well as any other important information.

If you have to take medicine after you go home, you and your parents should talk to the nurse about this to make sure you understand exactly what to do.

Please remind your parents to give the nurse in charge all your visitation cards as well as the key of the locker you were give, after you have removed all your things.

You must not leave the ward without telling the nurse who is looking after you.

ALL THE HEALTH TEAM WISHES YOU A SPEEDY RECOVERY!



Adapted from PARENTS' RECEPTION GUIDE

Produced by Isménia Gonçalves,
under the guidance of Nurse Fátima
Ribeiro
ICS-UCP

Responsible for review: Chief Nurse
Mario Duque



Prepared in November 2010
(Review in 2011)

ANEXO X – Carta Terapêutica: “Diploma de Bom Comportamento”



Diploma



Serve o presente diploma para atestar que:

**_____ de _____ anos,
utente do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital
de Santa Marta, se comportou muito bem, cumprindo
sempre com rigor todas as indicações que lhe foram
dadas, o que fez com que melhorasse muito
rapidamente...**

Por ser verdade dato e assino.

____/____/____ _____

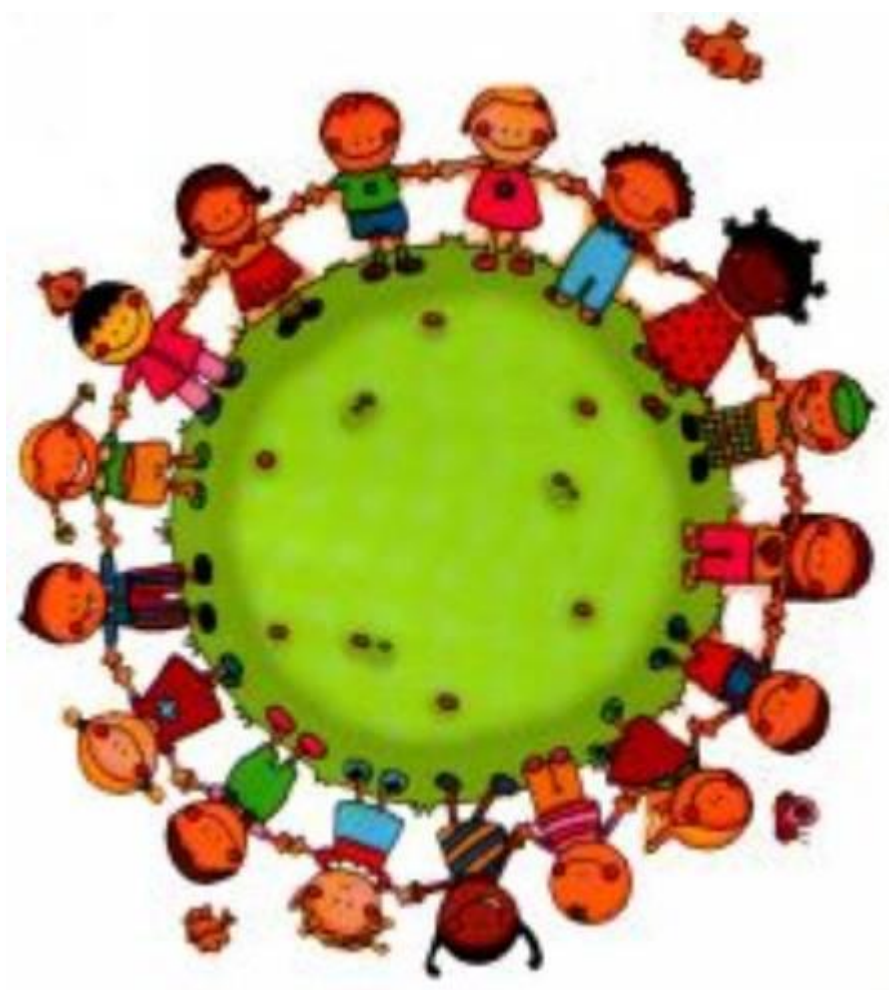


ANEXO XI – Relatório da Formação “Cuidar em Contexto Multicultural”

HSM - Serviço de Cardiologia Pediátrica

“CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL”

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



Lisboa, Outubro de 2010

No sentido de dar resposta a uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem do SCP, comunicada pela enfermeira orientadora e pela equipa de enfermagem , realizamos uma acção de formação sobre a temática - **“Cuidar em Contexto Multicultural”**.

Com esta formação pretendemos contribuir para:

- Melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família de culturas Diferentes
- Reflexão sobre a prática

Formação em Contexto de trabalho

A formação é um instrumento essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados. Esta apresenta-se como um excelente meio de desenvolvimento de potencialidades por parte de quem a experiencia, habilitando-nos a ser profissionais com capacidade crítica para poder transformar positivamente os nossos contextos de trabalho (LUZ, 2008).

A formação deve estar presente ao longo do nosso percurso profissional para que possamos estar à altura de todas a solicitações e desafios que nos vão surgindo para no nosso quotidiano diário.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro especialista fomentar a formação continua nos seus pares, promovendo acções de formações para a sensibilização de temáticas que vão de encontro ao interesse e necessidades sentidas pelos enfermeiros nos locais onde se encontram (OLIVEIRA, 2009).

Objectivo Geral

☒ Reflectir sobre as diferentes culturas e as suas implicações no processo de cuidar

Objectivo Específicos

⇒ Partilhar experiências

⇒ Reflectir sobre a prática

Destinatários: Enfermeiros do SCP

Data: 25 de Outubro e 3 de Novembro de 2010

Hora: 15h45m

Local: Sala de Enfermagem

Avaliação

Dos 25 enfermeiros que desempenham funções no SCP, 18 assistiram à formação.

No final da sessão foram entregues questionários de avaliação sendo que os itens que compunham o instrumento de avaliação foram na sua totalidade satisfatórios.

Foram incluídos no questionário de avaliação os seguintes itens:

ESCALA DE AVALIAÇÃO					
	1	2	3	4	5
ITENS AVALIADOS					
A escolha da temática é importante para a melhoria dos cuidados				1	17
Conteúdos da acção					18
A formação proporcionou novos conhecimentos				2	16
Avaliação da formação				1	17
Utilização de suportes/ documentos/meios audiovisuais					18

Fizemos também a avaliação dos formandos que responderam correctamente a todas as questões colocadas.

Segundo o que também pudemos auscultar, de uma forma mais informal, junto daqueles que participaram na formação, todos consideram uma mais-valia, uma vez que lhes permitiu aprofundar conhecimentos na área temática e no futuro intervir mais adequadamente em situações relacionadas com a Cultura cigana.

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

**SERVIÇO DE CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA - HSM**

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

HORA: 15.30H

LOCAL: Sala de Enfermagem



**Aluna: Isménia
Gonçalves**

**Orientação:
Enf^a Especialista -
Fátima Ribeiro**

lisboa. Outubro de 2010

PLANO DE SESSÃO

Escola: Universidade Católica Portuguesa	HOSPITAL DE STA MARTA
Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria	Serviço de Cardiologia Pediátrica
Formadora: Isménia Gonçalves	FORMAÇÃO: Cuidar em Contexto Multicultural

Conteúdos	Objectivos Pedagógicos	Estratégias Pedagógicas / Actividades Pedagógicas	Tempo	Avaliação
• Apresentação da Formadora e da formação; • Conteúdos da formação; • Pressupostos básicos da Multiculturalidade: desenvolvimento do tema; • Avaliação dos formandos; • Avaliação da formação.	• Criar uma relação empática entre formadora e formandos e vice-versa; • Dar conhecimento dos conteúdos da formação; • Sensibilizar os formandos para a importância do tema e transmitir de forma simples os conteúdos; • Perceber se os formandos compreenderam a informação • Avaliar se os objectivos foram atingidos	• Apresentação da formadora explicando as razões que a levaram a desenvolver este tema; • Apresentação dos conteúdos a desenvolver no decorrer da formação; • Partilhar experiências e permitir e incentivar que os formandos a expressar as suas opiniões e experiências relacionadas com o tema; • Perguntas simples de resposta rápida (Verdadeiras ou Falsas); • Fornecer uma escala numérica para avaliar a formação	• 1 min. • 2 min. • 25 min. • 1 min. • 1 min.	

Assinatura do(a) Formador(a) _____

Data 25/10/2010



AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - “CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL”

1. Considera a escolha desta temática importante na melhoria da qualidade dos cuidados?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Considera importantes os conteúdos da acção de formação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. A formação proporcionou novos conhecimentos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Como avalia esta acção de formação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Como avalia esta acção de formação relativamente ao uso dos suportes/ meios audiovisuais?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Legenda:

1 – Muito Fraco; 2 – Fraco; 3 – Médio; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria –

ICS – Universidade Católica Portuguesa

Outubro 2010



AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS NA FORMAÇÃO - “CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL”

Indique se as seguintes afirmações são verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. As crianças/Famílias imigrantes não apresentam maior vulnerabilidade relativamente à saúde. ____
2. A comunicação é fundamental em contexto de saúde. Deve estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural e educacional e às representações e crenças de saúde de cada indivíduo. ____
3. Para os Brasileiros estar “de boa saúde” não significa estar em equilíbrio com Deus, com a família e com os seus semelhantes. ____
4. Para os Muçulmanos é importante que o profissional de saúde se dirija primeiramente ao marido. ____
5. Na cultura Hindu os interesses individuais estão subordinados aos interesses familiares e sociais. ____

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria –
ICS – Universidade Católica Portuguesa

Outubro 2010



AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS – FORMAÇÃO: “CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL”

1. Considera a escolha desta temática importante na melhoria da qualidade dos cuidados?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Considera importantes os conteúdos da acção de formação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. A formação proporcionou novos conhecimentos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Como avalia esta acção de formação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Como avalia esta acção de formação relativamente ao uso dos suportes/ meios audiovisuais?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Legenda:

1 – Muito Fraco; 2 – Fraco; 3 – Médio; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria –
ICS – Universidade Católica Portuguesa

Outubro 2010



AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS NA FORMAÇÃO - “CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL”

Indique se as seguintes afirmações são verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. As crianças/Famílias imigrantes não apresentam maior vulnerabilidade relativamente à saúde. ____
2. A comunicação é fundamental em contexto de saúde. Deve estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural e educacional e às representações e crenças de saúde de cada indivíduo. ____
3. Para os Brasileiros estar “de boa saúde” não significa estar em equilíbrio com Deus, com a família e com os seus semelhantes. ____
4. Para os Muçulmanos é importante que o profissional de saúde se dirija primeiramente ao marido. ____
5. Na cultura Hindu os interesses individuais estão subordinados aos interesses familiares e sociais. ____

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria –
ICS – Universidade Católica Portuguesa

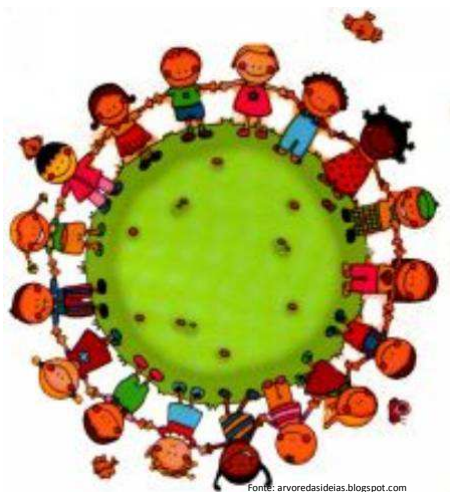
Outubro 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



Fonte: arvoredasideias.blogspot.com

Aluna: Isménia Gonçalves
Orientação de:
Enfª Especialista - Fátima
Ribeiro
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

lisboa, Outubro de 2010

30-04-2011

Isménia Gonçalves

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Objectivo Geral:

- Reflectir sobre as diferenças culturais das famílias e crianças imigrantes/minorias étnicas e partilhar experiências

Objectivo Específico:

- Que no final da identifiquem correctamente algumas características das diferentes culturas



Isménia Gonçalves

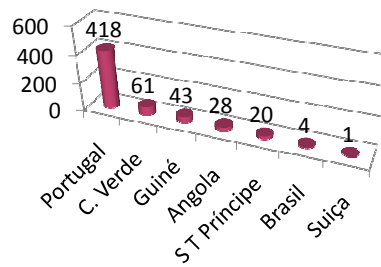
30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



Porquê este tema?

- Os utentes do SCP são maioritariamente Portugueses e dos PALOP, mas recebem de outras culturas



Admissões SCP 2009 – (575 Utentes)

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



- Vários estudos indicam maior vulnerabilidade da saúde da criança imigrante/minoria étnica

FACTORES



- Recursos económicos
- Falta de informação
- Isolamento
- Ilegalidade
- Cultura
- Acesso à saúde
- Barreiras linguísticas

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

A Partir dos Anos 70

- Portugal passou de país de emigrantes a país de acolhimento de diversas populações



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Actualmente

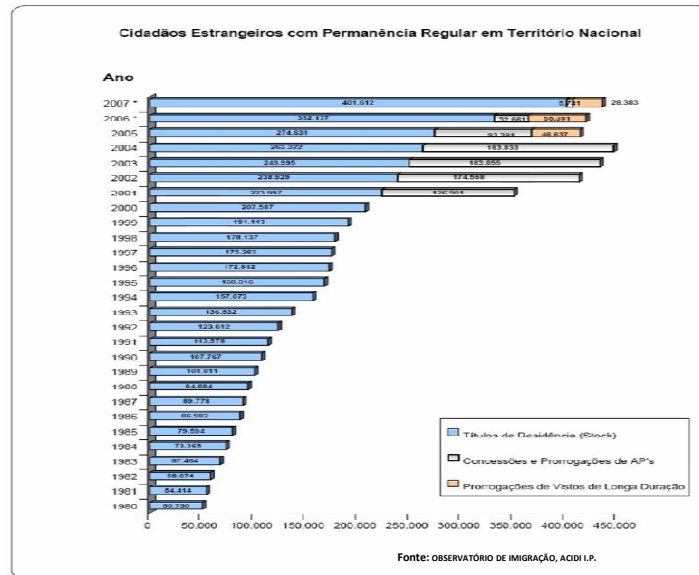


- Abertura das fronteiras económicas e financeiras
- Multiplicam-se culturas e etnias de origem Africana, Asiática, Latino -Americana , da Europa de Leste e outras

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - CONCEITOS

Cultura

Crenças, valores e estilos de vida aprendidos e partilhados, por um determinado grupo e que são geralmente transmitidos através de gerações, influenciando o pensamento e actuação

Riley, 2004



Isménia Gonçalves



30-04-2011



CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - CONCEITOS

Aculturação

Fenómeno decorrente de contacto directo e continuado entre indivíduos pertencentes a culturas diferentes, dele resultando mudanças graduais nos padrões culturais originais dos grupos envolvidos, podendo tornar uma ou ambas culturas mais parecidas e próximas

Wong, 2006



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - CONCEITOS

Etnia

Identidade social de um grupo
devido, em grande parte, à língua,
religião e origem

Riley, 2004



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - CONCEITOS

Minoria Étnica

Grupo minoritário identificado
geralmente, através de certos traços
socialmente visíveis ou detectáveis
(cor da pele, religião, linguagem).
Possuem um forte sentido de
solidariedade grupal e pertença
identitária

Wong 2006



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - CONCEITOS

Etnocentrismo

Tendência universal que todas as pessoas têm para pensar que a forma como pensam, actuam e se comportam é a única forma certa e natural

Riley, 2004

Os técnicos de saúde devem compreender que os seus padrões de cultura não são necessariamente os melhores para os utentes, que possuem também uma herança cultural

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - COMUNICAÇÃO

A comunicação

É um fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis as relações

Ramos 2001



Isménia Gonçalves



30-04-2011



CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - COMUNICAÇÃO

A comunicação

Em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente

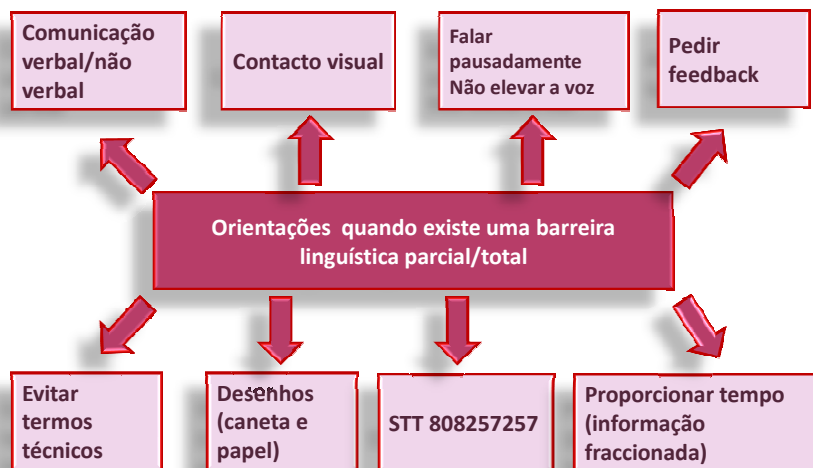
Ramos 2001

Isménia Gonçalves

30-04-2011



CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - COMUNICAÇÃO



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - COMUNICAÇÃO

Aspectos de avaliação dos padrões culturais

- Práticas e significado do contacto físico
- Características individuais espaciais e distância
- Formas de contacto visual
- Significado das expressões faciais
- Factores temporais



Potter 2006

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Para **LEININGER** o cuidar culturalmente congruente é o que satisfaz os utentes e é uma poderosa força de cura para os cuidados de saúde de qualidade

Welch, 2004

PARA CUIDAR COM SENSIBILIDADE CULTURAL, devemos valorizar a forma como as pessoas de culturas diferentes percebem os eventos da vida e os cuidados de saúde

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

ATITUDES INIBIDORAS DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CULTURAIS

- **Esteriotipagem**
- **Preconceito**
- **Racismo**
- **“Cegueira cultural”**
- **Etnocentrismo**



**Imposição
Cultural**

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS AFRICANOS

Comunicação

- Estão atentos à discriminação
- Dão importância ao toque e ao contacto visual
- Silêncio pode indicar falta de confiança



Relações Familiares

- Fortes laços de parentesco
- Vastas redes familiares multigeracionais
- Os idosos são respeitados



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS AFRICANOS

Práticas de saúde

- Uso das medicinas tradicionais
- Rezar é uma forma comum de prevenção e tratamento
- Terapias tradicionais não compartilhadas com os técnicos de saúde



Crenças de saúde

- As doenças podem ser classificadas como naturais e sobrenaturais (punição de Deus/presença do mal)
- Uso de amuletos



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS BRASILEIROS

Comunicação

- Relações tácteis (toque, abraço)
- Valorizam a presença física
- Abordagem atenciosa



Relações Familiares

- Família nuclear/multigeracional
- Em contexto de imigração valorizam os amigos



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS BRASILEIROS

Práticas de saúde

- Confiança no sistema de saúde
- Uso das medicinas tradicionais
- A religião constitui um apoio muito importante



Crenças de saúde

- Estar de boa saúde significa estar em equilíbrio com Deus, com a família, com os seus semelhantes



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS EUROPEUS (LESTE)

Comunicação

- Ausência de contacto
- Alti vez
- Distanciamento (isolamento)
- Valorizam o tempo/pontualidade
- Barreira linguística



Relações Familiares

- Famílias nucleares
- Mulheres e homens praticamente equiparados



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS EUROPEUS (LESTE)

Práticas de saúde

- Confiança no sistema de saúde
- Alguma tradição remanescente



Crenças de saúde

- Crenças tradicionais sobre a saúde e a doença
- Costumes influenciados pela religião (cristãos católicos, ortodoxos e protestantes)



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS ASIÁTICOS

Comunicação

- Ausência de contacto
- Expressar abertamente as emoções é inaceitável
- Questionar a autoridade é sinónimo de desrespeito
- Podem evitar o contacto visual por respeito
- Geralmente sorriem quando não compreendem algo
- Barreira linguística



Relações Familiares

- A família é uma instituição respeitada e a principal rede social
- Forte conceito de respeito para com os idosos e ao pai cabe decidir
- Interesses individuais subordinados aos familiares



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS ASIÁTICOS

Práticas de saúde

- Confiam no SNS
- Terapias alternativas
- Amplo uso de ervas medicinais
- Uso dos alimentos

Crenças de saúde

- Boa saúde é vista como o equilíbrio entre o yin e yang
- Um corpo saudável é visto como um presente dos pais e dos ancestrais



Isménia Gonçalves

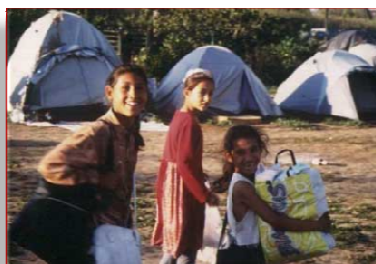
30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS CIGANOS

Comunicação

- Expressa intensamente os sentimentos (gritos e choro cantado)
- Povo de cultura ágrafa
- A negociação deve ser feita com o chefe de família



Relações Familiares

- A família alargada é a base da organização social, base económica e educativa
- Papeis familiares e sociais definidos
- O nascimento dos filhos é um acontecimento importante
- Interesses individuais subordinados ao grupo



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS CIGANOS

Práticas de saúde

- Uso da medicina popular
- Quando um membro adoece nunca fica só
- Cuidam dos idosos e dos órfãos



Crenças de saúde

- A doença vem do além, faz parte do destino, não se previne
- A saúde representa a ausência de doença /sintomas
- A doença está intrinsecamente associada à morte



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS MUÇULMANOS

Comunicação

- Ausência de contacto com os técnicos
- Dirigir-se primeiramente ao marido
- Barreiras linguísticas



Relações Familiares

- A família é uma instituição respeitada
- Papéis familiares e sociais definidos
- Interesses individuais subordinados aos familiares e à religião
- Valorização da crianças



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS MUÇULMANOS

Práticas de saúde

- Encorajados no alcorão a procurar tratamento
- Relutância na prestação de cuidados de saúde por técnicos do sexo masculino às mulheres
- Importância do líder espiritual



Crenças de saúde

- Crença de que Alá cuidará deles, por vezes, através dos esforços humanos (cuidados de saúde)
- Uso de amuletos



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS HINDUS

Comunicação

- Apreciam abordagem afável, serena, com disponibilidade temporal
- Dirigir-se primeiramente ao marido
- Barreiras linguísticas



Relações Familiares

- A família alargada é uma instituição respeitada
- Papéis familiares e sociais definidos
- Interesses individuais subordinados aos familiares e sociais
- Sistema de castas
- Valorização do primeiro filho homem



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

CARACTERÍSTICAS CULTURAIS DOS HINDUS

Práticas de saúde

- Medicinas tradicionais (massagens, alimentos)
- Confiança nos cuidados de saúde
- Relutância na prestação de cuidados de saúde por técnicos do sexo masculino às mulheres



Crenças de saúde

- A doença representa pecados cometidos em vidas passadas
- Crença na cura pela fé
- Uso de amuletos



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Unidade Neonatologia MAC

Diariamente cuidamos de RN/famílias
imigrantes/minorias étnicas



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Unidade Neonatologia MAC



DIFICULDADES
SENTIDAS

Relação

- Diferenças culturais
- Barreiras linguísticas
- Falta de conhecimento das diferentes culturas
- Aculturação/Diversidade

Conhecimento

- Esbatimento das dificuldades
- Relação de confiança

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Unidade Neonatologia MAC



ENCAMINHAMENTO

- Serviço Social
- Psicologia
- Banco do Bebê
- Centro de Saúde

ALTA

TODAS AS CONDIÇÕES ESTÃO
REUNIDAS (Rede Social)

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - CONCLUSÃO

- O internamento da criança constitui muitas vezes, “a porta de acesso” às famílias, pela aceitação e valorização das suas potencialidades, mobilizando os recursos existentes da comunidade
- É necessário uma intervenção interdisciplinar para assegurar o desenvolvimento harmonioso da criança/família em contextos multiculturais



Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - BIBLIOGRAFIA

- BARRADAS, Alexandra Maria Carapito Ramos; PEREIRA, Maria Adelaide; RODRIGUES, João Paulo Vieira – O cuidar Multicultural como estratégia no futuro. **Nursing** Lisboa. ISSN 0871-6196 nº252 (Dezembro 2009), p. 8-13.
- CUNHA, Sara Raquel Pedrosa da – A Comunidade Cigana e a Saúde. Referência. Coimbra. ISSN 0874.0283. n.º 7 (Novembro 2001), p.35-42.
- FERNANDES, João José Santos – O Doente de Etnia Cigana : uma visão dos enfermeiros. Lisboa: Gráfica, 2000.193 p. ISBN 972-98149-4-5.
- FIGUEIREDO, Filipe de – Os ciganos em Portugal, direito à diferença. *Communio*. [s.l.]. n.º 4 (Junho/Agosto 1999), p. 320-331.
- GONÇALVES, Elsa; PEGACHA, Marta – **Cuidar de crianças africanas mantendo os hábitos e as vivências**. Lisboa [s.n.], 1998. 132 p. – Trabalho de Investigação apresentado à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do 2º CESE em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
- LEININGER, Madeleine – Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. **Enfermagem**. [s.l.]. n.º 10 (Abril/Junho 1998), p.32-36.

Isménia Gonçalves

30-04-2011

CUIDAR EM CONTEXTO MULTICULTURAL - BIBLIOGRAFIA

- LOPES, José Carlos dos Reis [et al]- **Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência, 2009. 272p. ISBN 978-972-8930-45-5.
- Potter (2006). Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos. Loures: Lusociência.
- Ramos, N. (2001) Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma Comunicação Intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*.
- Riley, J. (2006). Comunicação em enfermagem. Loures: Lusociência.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.
- Wong, I. (2006). Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Fotografias retiradas do sítio WWW.blogspot.com.

Isménia Gonçalves

30-04-2011



Multiculturalidade é a riqueza da
diversidade e a beleza do Mundo
plural, onde todos têm direito à
diferença e ao respeito comum...

**Obrigada pela
atenção**

Isabella Gonçalves

30-04-2011

ANEXO XII – Reflexões sobre a Prática: “A Importância da Comunicação na Relação Terapêutica” e “Comunicar uma Má Notícia”

REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

“A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA”



ISMÉNIA GONÇALVES

HOSPITAL DE SANTA MARTA – SERVIÇO DE CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

Lisboa, Outubro de 2010

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

O João (nome fictício) é um menino de nove anos, natural de Cabo Verde. Veio para Portugal para efectuar cirurgia cardíaca. Emagrecido, ar frágil e um sorriso triste, mas fácil, caracterizam este menino... A mãe, apresentava cansaço, mas um olhar sereno e aparentemente tranquilo. Era a sua única acompanhante nesta longa viagem, não sabia falar Português e o João também não falava, apenas compreendia algumas palavras, ambos falavam crioulo, era muito difícil estabelecer comunicação com eles... Ao longo do internamento no Serviço de Cardiologia Pediátrica no HSM foi necessário encontrar estratégias para comunicar de forma adequada com a criança e com a mãe. Sendo por vezes necessário recorrer à linguagem gestual e a todos os documentos traduzidos em crioulo existentes no serviço. Houve ainda situações em que foi necessário recorrer a desenhos para conseguir fazer passar a mensagem...

Sabemos que na relação terapêutica é essencial que a comunicação esteja adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente. A comunicação é portanto um conceito integrador que possibilita reconsiderar e redimensionar os contactos, as relações entre o sujeito e a sociedade, e entre a sociedade e a cultura.

O termo comunicar provém do latim *communicare* e significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entendemos que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal. A **comunicação humana** é um processo que envolve a troca de informações, e utiliza os sistemas simbólicos como suporte para este fim (RAMOS, 2001).

Durante o internamento com a utilização dos recursos que citei conseguimos comunicar com sucesso, muito embora com muito esforço de todas as partes. A situação mais problemática foi fazer o ensino sobre o esquema terapêutico que teria de fazer em casa, pois a mãe não compreendia de todo, o modo como o João teria de

tomar a medicação. Para dificultar a situação, havia medicação que teria de ser manipulada pela mãe para ser administrada, inclusive teria de recorrer a cálculos. Após validar várias vezes e várias maneiras a informação dada, percebemos que não tinha sido de todo compreendida. Confirmava-se a suspeição de que a mãe do João não possuía competências para cuidar do seu filho sozinha. O grande problema residia no facto de ambos estarem em Portugal, sozinhos, sem familiares ou amigos que os pudessem ajudar, neste momento tão angustiante.

Senti então necessidade de fazer uma reflexão sobre a prática e através do **CICLO REFLEXIVO DE GIBBS** poder estruturar a proposta de resolução.

Houve necessidade de adaptar a folha que habitualmente se fornece a todas as crianças e que está traduzida em crioulo (a língua falada pela mãe), mas que possivelmente não sabia ler, muito embora ela dissesse que sabia. Foram então feitos desenhos alusivos ao horário, nomeadamente, uma chávena de café para o pequeno-almoço, um prato com comida para o almoço acompanhado de um sol que representava o dia, e o mesmo desenho com uma lua para representar o jantar e a noite.

A maior dificuldade foi fazer compreender como fazer um tratamento injectável que, durante a semana podia ir ao Centro de Saúde (de segunda a sexta-feira) e ao fim-de-semana (sábado e domingo) não podia ir ao Centro de saúde, mas sim ao Serviço de Cardiologia Pediátrica no Hospital de Santa Marta. Optou-se por lhe ensinar a fazer pauzinhos na folha de terapêutica, por cada tratamento efectuado. Explicou-se que ao sexto pauzinho teria que ir fazer o tratamento ao Hospital... Ao final de uma semana de investimento no ensino à mãe e ao próprio João, e de adiamentos sucessivos na alta clínica por falta de autonomia da mãe na prestação de cuidados ao filho, percebemos que não era prudente esta criança ficar sob a responsabilidade da mãe, mas também não podia ficar no SCP por muito mais tempo. Teríamos que rapidamente solucionar o problema.

Esta mãe, ao longo do internamento apresentou sempre um fâcies triste e com aspecto cansado, por vezes até com olhar vago. Mas, apesar de aparentar estar cansada, mantinha sempre um aspecto cuidado... Era meiga e atenta no trato com o

filho e com a equipa. Reforcei sempre positivamente a qualidade dos cuidados que prestava ao João durante todo o internamento. Sem dúvida nenhuma que esta mãe era a melhor prestadora de cuidados do seu filho, no entanto a dificuldade que revelava na compreensão de tarefas mais difíceis, levou a uma tomada de decisão difícil, quer para nós enquanto cuidadores quer para eles... O cumprimento do plano terapêutico representava para esta criança - estar vivo, pois a toma incorrecta ou a falha de alguma toma, poderiam por em causa a vida do João!...

Após se colocar o problema à equipa multidisciplinar, foi decidido em reunião encaminhar este caso para a **Comissão de Protecção de Crianças e jovens (CPCJ)**, a fim de determinarem as estratégias necessárias para a resolução deste caso.

A CPCJ trabalha em articulação interinstitucional, em parceria, com responsabilidade partilhada na comunidade. Dão resposta às necessidades das crianças/jovens/famílias em questões delicadas e complexas como o abandono, os maus tratos, a negligência e outras situações que possam pôr em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou o seu desenvolvimento integral. A equipa multidisciplinar é constituída por representantes das várias instituições: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores e educadores de infância, que trabalham em colaboração com outros técnicos no sentido de dar respostas de apoio a crianças e jovens em risco ou perigo. Fazem a gestão de casos complexos determinando estratégias e aplicando medidas no sentido de promover a protecção e segurança destas crianças.

Sabíamos que iam tomar bem conta da situação, mas era fundamental que o João e a mãe não ficassem separados uma vez que se encontravam apenas os dois em Portugal e já estavam separados do resto da família: o pai e mais três irmãos mais novos. Os três irmãos do João tinham ficado aos cuidados da avó materna e do pai em Cabo Verde... Não se previa o regresso de ambos, pois em Cabo Verde não usufruíam de condições para continuar o tratamento...

Esta preocupação levou-nos a contactar a responsável da CPCJ, que nos garantiu que não iriam separar a mãe e o filho, mas antes dar apoio a ambos numa instituição própria até se encontrar outra solução mais viável.

Na relação terapêutica, a comunicação assume grande significado na interacção enfermeiro - utente. Tudo é mais fácil quando é possível o uso da comunicação verbal. Contudo quando tem de se recorrer à comunicação não verbal, porque os intervenientes não dominam a língua, por vezes ocorrem contrariedades difíceis de ultrapassar. A maior parte do comportamento não verbal é inconsciente, e portanto mais difícil de controlar. Para BOLANDER (1998), observar a expressão facial, a postura corporal, os gestos e as distâncias individuais do utente podem dar-nos informações muito úteis, como, dor, medo, zanga, tristeza, felicidade, contentamento ou euforia.

No entanto é necessário compreender que as práticas e significados do contacto físico, as características individuais espaciais e de distância, as formas de contacto visual, o significado das expressões faciais e os factores temporais são diferentes de cultura para cultura, pelo que é fundamental um conhecimento abrangente das culturas para agirmos em conformidade com aquilo que o doente nos transmite. Concordamos com RILEY, quando refere que *“a qualquer momento da comunicação interpessoal, enviamos e recebemos mensagens verbais e não verbais de pensamentos e sentimentos. Muitas variáveis afectam a forma como a mensagem é emitida ou recebida durante o complexo processo [...]”* (RILEY, 20004, p. 6).

Com esta reflexão percebi a importância da EESIP, aprofundar conhecimentos sobre as técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/Jovem e família de culturas diferentes. Muito embora tenhamos assumido o dever de identificar os meios adequados para proporcionar cuidados culturalmente congruentes e sensíveis, é igualmente importante que tenhamos sempre presente o modo como os factores culturais, poderão influenciar os cuidados de enfermagem à criança, família.

O João fez-me pensar e reflectir sobre o meu papel como cidadã e como EESIP, de não podermos aceitar passivamente que uma criança corra risco de vida por não conseguirmos ***“fazer passar a mensagem”*** em situações cruciais, que o impeçam de ***ser criança na sua plenitude e ser feliz!...***

Lisboa, Outubro de 2010

REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

“COMUNICAR UMA MÁ NOTÍCIA”



ISMÉNIA GONÇALVES

HOSPITAL DE SANTA MARTA – SERVIÇO DE CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

Lisboa, Novembro de 2010

“COMUNICAR UMA MÁ NOTÍCIA COM VERDADE E ESPERANÇA”

A Maria (nome fictício) é uma menina de quatro anos, pele escura, olhos vivos, sorriso aberto, um ar feliz! A filha mais nova de um casal de imigrantes Angolanos, que têm mais uma filha com doze anos. Os pais da Maria vieram para Portugal há quinze anos, com um projecto de vida com sucesso....Têm a sua própria empresa - um café onde ambos trabalham. Adaptaram-se bem à cultura portuguesa, vivem no Algarve e tem conduzido de forma muito positiva o seu projecto. Tudo parecia correr bem até ao dia em que a Maria começou a ter problemas de saúde....Como a mãe referiu: *“Sempre foi uma menina muito calma um pouco menos activa que os meninos da sua idade!...”* Mas ouve um dia que a Maria desmaiou, foi ao serviço de Urgência e após alguns exames complementares de diagnóstico, foi encaminhada para a consulta de cardiologia do Hospital de Santa Marta em Lisboa... A partir daí o “Mundo desmoronou” para esta família! Na consulta de Cardiologia Pediátrica foi-lhe diagnosticada uma patologia completamente desconhecida para os pais: Miocardiopatia Hipertrofica – é uma doença autossómica, os factores de mau prognóstico incluem, morte súbita e necessidade de transplante. Ainda associado tinha um problema ainda em fase de diagnóstico a nível Hepático mas que conduzia também a transplante de fígado, ou seja a Maria teria de ser submetida a dois transplantes, de fígado e coração...

Como seria espectável estes pais ficaram desolados com a notícia...a menina deles não consegue sobreviver sem alguém lhe dar um coração e um fígado... mas como se isso não chegasse, ainda tem que lidar com o facto de a qualquer momento a filha poder morrer.... Sem aviso!

Ficaram em pânico...é difícil de gerir uma notícia como esta...mas estava dada! A médica responsável e a psicóloga tinham informado estes pais...

Havia agora que os ajudar a gerir da melhor forma esta terrível notícia! Toda a equipa multidisciplinar se envolveu nesta situação pela sua gravidade e sensibilidade.

Na relação enfermeiro/criança/família a verdade é um dos elementos fundamental, quer no modo como deve ser conduzida, quer nos aspectos ético - legais, tendo sempre em conta a promoção e optimização da saúde e a qualidade dos cuidados.

Contudo, tomar a decisão de comunicar uma má notícia, é um processo muito complexo e que por vezes gera no enfermeiro alguma incapacidade de resposta antecipatória e conflitos emocionais intensos. Todos sabemos que, basta o silêncio que se cria em volta situação, associado à ausência de informação, para os pais confirmarem as suspeitas de um mau prognóstico, que eles porventura já pressentiam. Mas, nem sempre acontece desta forma, poderão nem estar presentes e a notícia tem que ser dada. Pressupõe sempre um acto difícil mas, indubitavelmente humano, como refere (PEREIRA, 2004, p. 34), *“a comunicação de uma má notícia é um acto difícil e complexo, que gera alguns conflitos internos nos profissionais de saúde, pois constitui um acto ético-legal, mas acima de tudo um acto inquestionavelmente humano, onde a verdade e a esperança são condições que devem estar sempre presentes”*.

A necessidade de informação está reconhecida legalmente como um direito da criança/família e um dever do enfermeiro, como podemos constatar através do proposto pela Ordem dos Enfermeiros no Código Deontológico do Enfermeiro na *alínea a* do artigo 84º, onde menciona que, *“no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar [...] a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem”* (NUNES, 2005, p. 109).

Mais uma vez senti a necessidade de fazer uma reflexão sobre a prática e através do **CICLO REFLEXIVO DE GIBBS** poder estruturar a proposta de resolução.

Este turbilhão de informações más não fazia qualquer sentido na cabeça destes pais, muito embora tivessem uma excelente rede familiar de apoio dos avós paternos, maternos, outros familiares próximos e também de amigos.

Senti que na interacção enfermeiro/família a maneira como se respondia às questões colocadas a partir do momento da notícia do diagnóstico teria que ser bem ponderada e atenta. Pelo que resolvi pesquisar sobre a comunicação de más notícias...

É importante referir que na altura do diagnóstico definitivo da Maria, ela já estava internada há três semanas, pelo que a relação que tinha estabelecido com os membros da equipa era excelente, pois era uma menina muito afectuosa e muito doce!

Por vezes sentia-me incapaz de responder a perguntas como por exemplo: *“O que será da minha filha se não conseguir encontrar um coração e um pulmão compatível?”* ou *“Senhora enfermeira, são dois órgãos que ela precisa, se um já é difícil, imagine dois!”* ou ainda *“Não consigo dormir só de pensar que quando acordar a minha filha pode estar morta!”*.

Nestas situações o silêncio pareceu-me a melhor resposta, pois não tinha uma resposta concreta para lhe dar... Um dos aspectos fundamentais na relação terapêutica é a confiança, e para isso acontecer tem de haver honestidade. De acordo com BOLANDER (1998), a confiança aumenta quando a enfermeira contacta com o utente/família com respeito e de um modo não intrusivo, que demonstre considerável atenção pela pessoa.

Nestes momentos é importante a forma como utilizamos as palavras, para não correremos o risco de transmitir ainda mais ansiedade, sermos assertivos.

Geralmente falar devagar, de forma firme e com pausas adequadas transmite segurança e autoridade. Por outro lado, a comunicação não verbal transmite sentimentos e mensagens, pelo que temos de estar muito atentos.

Outra das minhas preocupações era a Maria, pois com cinco anos já tem uma percepção da realidade que lhe permite entender muitas coisas da vida. Para HOCKENBERY (2006), as crianças mais novas, são muito competentes na compreensão da linguagem não verbal, muito antes de perceberem o significado das palavras. São capazes de perceber o medo ou a ansiedade dos pais através da observação do aumento da frequência ou pela aceleração da voz.

A mesma autora refere ainda que como a maioria das pessoas não exerce um controlo consciente sobre a linguagem não verbal, este é um indício valioso para termos a noção dos sentimentos e preocupações dos utentes. Neste caso em particular a mãe aparentava tranquilidade, mas o pai e a avó materna que era também muito presente no internamento, mostravam muita ansiedade e a Maria ficava muito mais tranquila na presença da mãe.

A Maria era uma menina doce, mas pouco comunicativa, a mãe referia que era muito carinhosa, mas pouco faladora...optou por não responder a qualquer pergunta sobre o internamento ou a sua doença...a ninguém, tanto à família como aos profissionais de saúde, pelo que foi sempre acompanhada pela psicóloga do serviço. No entanto gostava muito de brincar, e a mãe conseguia manter o seu apurado sentido de humor nas brincadeiras com a filha, proporcionando-lhe momentos de muita alegria... Brincava a maioria das vezes no computador... A brincar com jogos adequados à sua idade.

Era também através do computador que falava com o pai e com a irmã, através de vídeo chamada, pois viviam no Algarve e só ao domingo podiam visitar a Maria. Nesses momentos via-se a felicidade nos seus olhos e no seu rosto... Era muito importante falar com o pai e com a irmã, e poder vê-los, mesmo que através do computador.

Para concluir, diria que o acto de informar é multidimensional e deve ser visto pelo enfermeiro especialista numa perspectiva multidisciplinar. Nem sempre cabe ao enfermeiro transmitir aos pais uma má notícia, mas deve estar presente para intervir de forma a estabelecer uma relação de confiança e de verdade promotora de esperança. A reflexão sobre as práticas promove a (re)construção do conhecimento, a atribuição de significado e a transformação da pessoas em todas as suas dimensões (FONSECA, 2006, p.59). Reflectir sobre este caso fez-me perceber a importância da assertividade, da verdade, da confiança na relação terapêutica, que consegui estabelecer com sucesso.

O facto de termos abertura e disponibilidade para todos os dias aprendermos, sermos melhores e contribuirmos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, fez-me crescer profissional e pessoa mente com esta experiência.

Lisboa, Novembro de 2010

ANEXO XIII – Folheto Informativo – Consulta de Cooperação Internacional

CONTACTOS ÚTEIS

- ♦ **HOSPITAL DONA ESTEFANIA:**
Rua Jacinta Marto, 1169-045 LISBOA
TELEF. GERAL: 213 126 600
- ♦ **SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS:**
Rua Conselheiro José Silvestre de Ribeiro,
nº4, 1649-007 LISBOA
TELEF. GERAL: 217 115 000/808 962 690
- ♦ **ALTO COMISSARIADO para a IMIGRAÇÃO e o DIÁ-
LOGO INTERCULTURAL, IP (ACIDI):**
Rua Álvaro Coutinho, nº14, 1150-025 LISBOA
TELEF. 218 106 173
- ♦ **CENTRO NACIONAL de APOIO ao IMIGRANTE DE
LISBOA (CNAI):**
Rua Álvaro Coutinho nº14, 1150-025
- ♦ **ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRA-
ÇÕES (OIM)**
Rua José Estevão nº 137, 8º, 1150-201 Lisboa
- ♦ **EMERGÊNCIA MÉDICA**
TELEF: 112
- ♦ **SAÚDE 24**
TELEF: 808 242 424
- ♦ **EMERGÊNCIA SOCIAL**
TELEF: 114



HOSPITAL DE SANTA MARTA
Rua de Sta Marta, 1169-024 LISBOA
TELEF. GERAL: 213 594 000



Elaborado por: Isménia Gonçalves
Sob orientação de Enfª Fátima Ribeiro
Especialidade em Saúde Infantil e pediatria
Outubro 2010
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



CONSULTA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL



LISBOA 2010

♦ **A CONSULTA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL** tem como objetivo facilitar a sua permanência em Portugal, promover o tratamento, o seu restabelecimento e o regresso em segurança ao país de origem;



Fonte: www.blogspot.com

♦ Decorre no Hospital de Sta Marta no 3º piso da consulta externa, todas as terças-feiras das 9.00 às 12.00 Horas;

A CONSULTA

♦ É efectuada em dois momentos:

1º- Acolhimento realizado pelo Enfermeiro e o Assistente Social;

2º- Consulta médica.



* **Siga** todas as indicações dadas por estes técnicos;

* **Peça** todas as informações que entenda convenientes;

* **Coloque** todas as suas dúvidas.

INFORMAÇÕES

♦ O Hospital de Santa Marta possui um banco de tradutores para as situações que se justifiquem, no entanto:

- Se não compreender bem o Português, pode fazer-se acompanhar por um familiar ou amigo que sirva de tradutor.

♦ Sempre que mude de morada ou contacto telefónico deve informar a equipa.



Fonte: blogspot.com

ANEXO XIV – Formulário GAM - MAC

No âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa e no decurso do Estudo Clínico/Estágio de Neonatologia em Contexto de Trabalho, pretendo por este meio solicitar a vossa colaboração, respondendo anonimamente ao presente formulário.

Com o mesmo, tenho como objectivo, efectuar o diagnóstico de situação e o levantamento das necessidades para a elaboração de um projecto, relativo à estruturação de um **Grupo de Ajuda Mútua**, contextualizado na Unidade de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Várias são as definições encontradas, sobre Grupo de Ajuda Mútua, salientando-se as seguintes:

Para a autora Monteiro, F. (1997), o **Processo de Ajuda Mútua**, concretiza-se através da acção dos grupos de parceiros que partilham uma situação de vida na qual se identificam e fundamenta-se na vivência subjectiva dos problemas de cada um dos membros, isto é, utilizam a partilha como metodologia e o conhecimento da experiência como estratégia de intervenção.

Através do seu envolvimento e colaboração, os membros do grupo, adquirem e mantêm progressivamente um conjunto de competências, ou seja uma participação competente.

Kyrouz e Humphrey (1997), estudaram os grupos de auto-ajuda e mostraram que eles são eficazes em ajudar os seus membros a conseguir maiores níveis de bem-estar e de recuperação.

Atenciosamente

Isménia Gonçalves

Lisboa, 26 de Novembro de 2010

FORMULÁRIO

1 – Qual o grau de importância que considera que terá um GAM, para os pais de crianças com doença crónica?

☐ Muita

☐ Pouca

☐ Nenhuma

2 – Pensa que haverá benefícios para os pais e/ou para as crianças portadoras de doença crónica?

☐ Sim

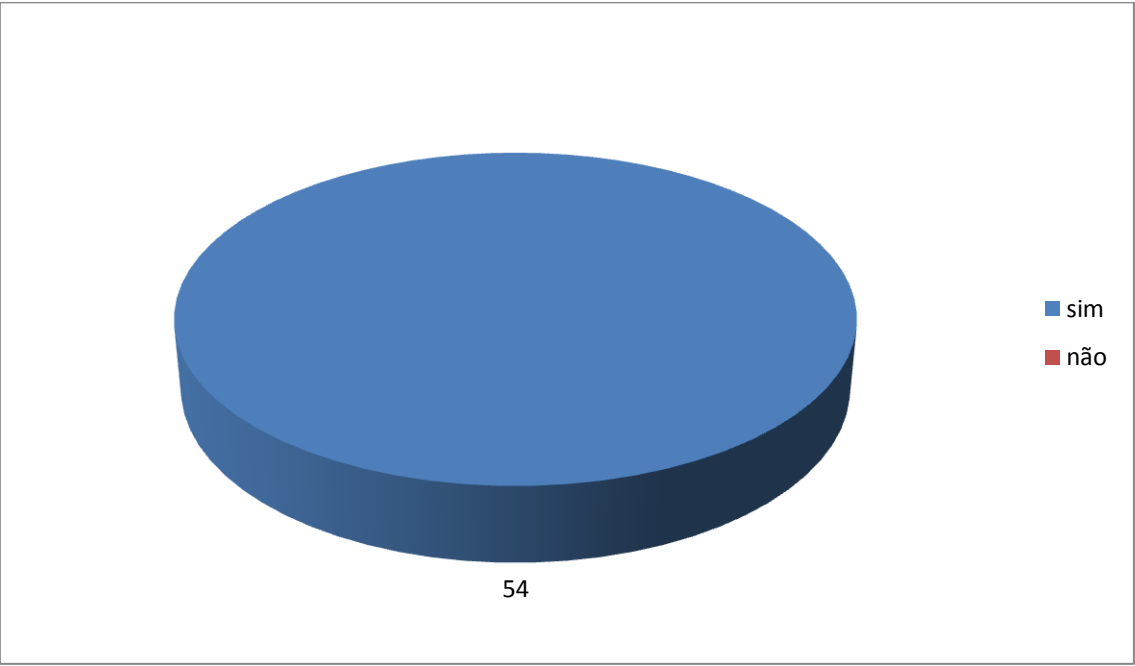
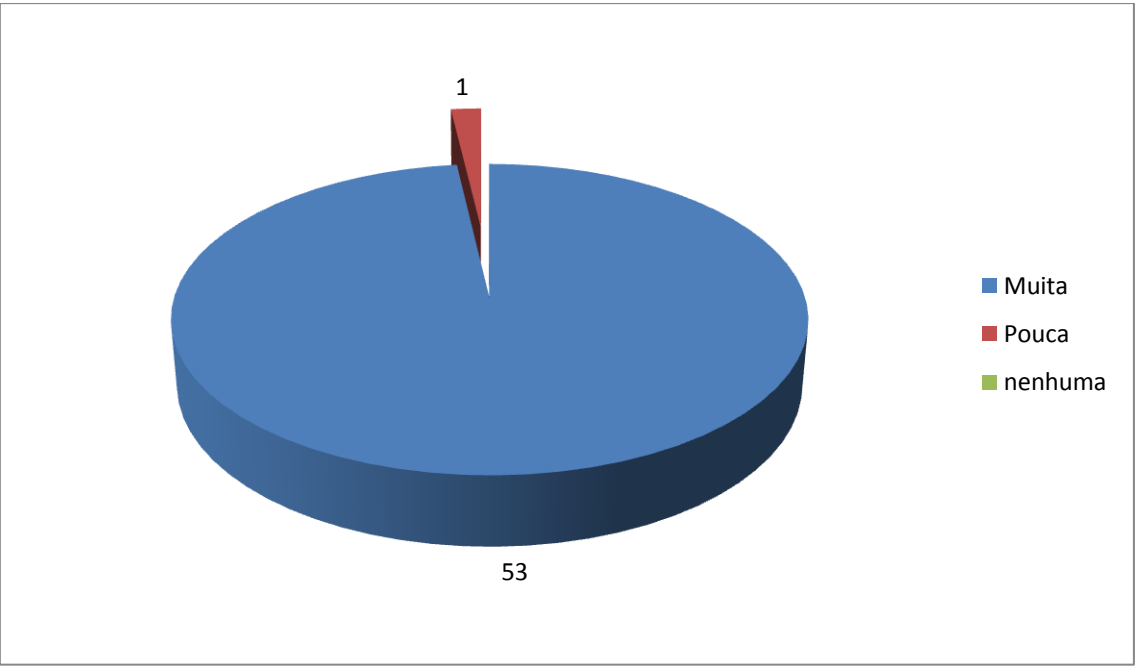
☐ Não

Nota: Aceitam-se sugestões para o nome do grupo!..

Obrigada pela colaboração!!

ANEXO XV – Tratamento de Dados do Formulário GAM - MAC

TRATAMENTO DOS DADOS RELATIVOS AO FORMULÁRIO APLICADO AOS
ENFERMEIROS DA UCN - MAC



Relativamente à primeira questão, dos 54 enfermeiros que responderam, 53 pessoas responderam que um GAM para os pais de crianças com doença crónica teria muita importância, ou seja 96,29% .

Relativamente à segunda questão, dos 54 enfermeiros que responderam todos ou seja, 100% acharam que sim, pensam que haverá benefícios para os pais e crianças portadoras de doença crónica.

ANEXO XVI – Proyecto GAM



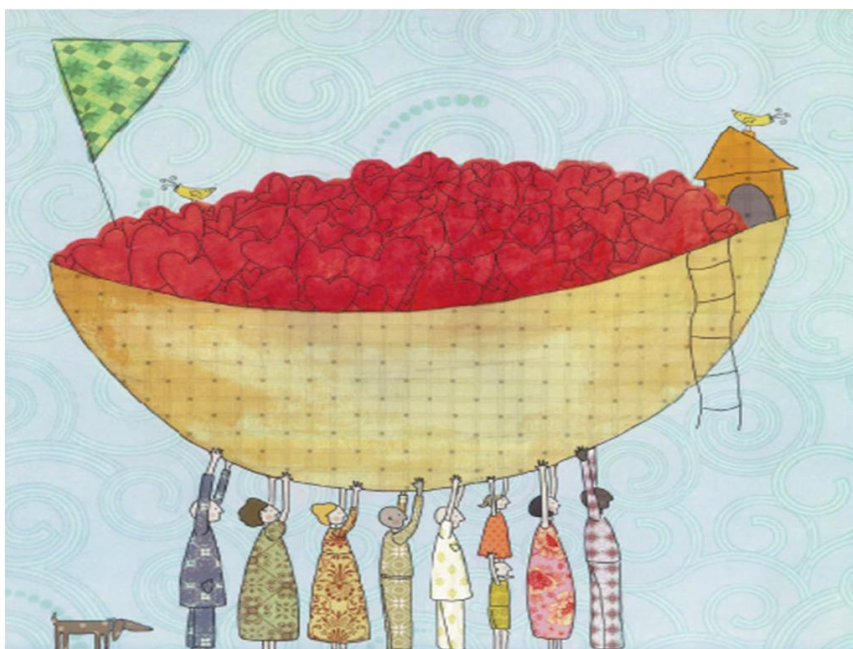
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE DE NEONATOLOGIA

MATERNIDADE DR ALFREDO DA COSTA

PROJECTO GRUPO DE AJUDA MÚTUA



Isménia Gonçalves

Sob Orientação de Enfª Especialista Esmeralda Pereira

Dezembro de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

PROJECTO DE ESTÁGIO:

GRUPO DE AJUDA MÚTUA

Isménia Gonçalves

Orientação de Enfª Especialista Esmeralda Pereira

Dezembro de 2010

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

p. – página

pág. – página

Enf^a – Enfermeira

Dr. - Doutor

SIGLAS

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

MAC – Maternidade Dr Alfredo da Costa

RN – Recém-nascido

ÍNDICE

	pág.
0 – INTRODUÇÃO	4
1 – FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA E PLANEAMENTO	6
2 – NOTA FINAL.....	13
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
ANEXOS.....	16

0 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento tem como finalidade dar cumprimento ao projecto de estágio no âmbito do **curso de Mestrado e Especialização em Saúde Infantil e Pediatria no Módulo III – Neonatologia** – na Unidade de Neonatologia da (MAC) - Maternidade Dr Alfredo da Costa, no período compreendido entre 22 de Novembro e 17 de Dezembro de 2010.

Com este projecto pretende-se desenvolver um conjunto de actividades durante o período de estágio, de forma a posteriormente estruturar um (GAM) Grupo de Ajuda Mútua para pais de crianças com necessidades especiais, prematuros ou de termo, que tenham sido utentes da Unidade de Neonatologia da MAC.

Projecto, segundo BOTELHO (1994, p.35), significa lançamento “*para diante*”, ou seja pressupõe passar do desejo à intenção e da intenção à acção. O trabalho de projecto é portanto mais que a expressão de um desejo, requer um sentido para uma determinada acção reflectida, esclarecida e planeada. Reflecte a imagem de uma realidade futura que se antecipa. No entanto e dado a sua imprevisibilidade, não permite planificações inflexíveis pelo que se prevêem alguns reajustes no decorrer do seu desenvolvimento.

O projecto em si representa um modo de pensar e permite a mobilização dos diferentes saberes, tendo em vista a produção de uma nova realidade através de uma reflexão pessoal seguida do amadurecimento, planeamento e desenvolvimento das respectivas actividades. Este tema surgiu do contacto diário em contexto de trabalho, com a realidade actual de uma sociedade cada vez mais individualista, em que as famílias são maioritariamente nucleares, sem redes familiares alargadas e com escassez de redes sociais de apoio.

Neste contexto encontram-se também muitas famílias imigrantes, na sua maioria nucleares e que transportam com elas todos os problemas associados à imigração que por vezes se traduzem numa maior vulnerabilidade no que se refere à saúde.

A MAC carece de qualquer tipo de ajuda neste formato no entanto parece-me ser pertinente, uma vez que os pais destas crianças mantêm uma forte ligação com os profissionais da Unidade de Neonatologia, onde os seus filhos permaneceram internados numa fase tão vulnerável das suas vidas.

Os GAM retomaram actualmente na comunidade algumas das funções que a rede familiar, de amigos e vizinhos assumiam e era tão importante no passado, pelo que, quanto melhor compreendermos as preocupações, as vivências, as formas de lidar com a diferença destes pais, mais adequadamente lhes poderemos prestar apoio.

Parece-me de grande interesse de estudo, uma vez que na sociedade Portuguesa, tal como a nível mundial, existe uma tendência cada vez maior para a movimentação de pessoas no sentido de se reunirem neste tipo de grupos. Tendo em conta toda a problemática que este tema envolve, será conceptualizado à luz de vários estudos de investigação e artigos desenvolvidos em Portugal e no Mundo.

De acordo com FERNANDES (1999), projecto é o processo de planeamento e realização de um conjunto organizado e articulado de acções, com vista a atingir determinados objectivos, pelo que delinee o seguinte **objectivo geral**:

- **Estruturar o projecto relativo à criação de um Grupo de Ajuda Mútua para posterior implementação na Unidade de Neonatologia, para apoiar os pais de filhos com necessidades especiais – prematuros ou de termo.**

Este projecto foi estruturado em três partes: a introdução, seguidamente a fundamentação do tema de forma pouco exaustiva, o planeamento dos objectivos, as respectivas actividades e uma terceira em que se faz uma breve nota final.

I- FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA E PLANEAMENTO

Os Grupos de Ajuda Mútua surgiram em 1935, nos EUA Ohio, com os Alcoólicos Anónimos, mas só chegaram à Europa nos anos 60/70. No final dos anos 70 já existiam cerca de 500 000 grupos espalhados pelo Mundo. Na década de 70 eram ainda estigmatizados, em 80 eram olhados com alguma desconfiança, mas actualmente são considerados suplemento da assistência profissional e muito bem aceites (MAIA, H., 2002).

A ajuda mútua caracteriza-se pela acção dos grupos de parceiros que partilham uma situação de vida com a qual se identificam, fundamenta-se na vivência subjectiva dos problemas de cada um dos membros, isto é, no conhecimento através da experiência (BORKMAN, 1991, citado por MONTEIRO, 1997).

São estruturas relativamente pequenas, entre 6 a 15 elementos, constituídos por pessoas que vivenciam situações em comum e que se reúnem com regularidade com o objectivo de, reflectir e partilhar as suas dificuldades, encontrando formas de resolução das mesmas. Estes grupos possibilitam a partilha de opiniões, experiências, sentimentos e deste modo permitem satisfazer algumas das necessidades dos seus elementos ajudando a encontrar algumas respostas. São orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das capacidades individuais e pela criação de recursos adequados. A liderança é partilhada entre os seus elementos, mas geralmente usufruem da presença de um técnico que funciona como facilitador, que deverá ser imparcial e promover a autonomia do grupo, sem criar dependência. A participação no grupo é gratuita e voluntária, as reuniões são semanais, quinzenais ou mensais, consoante o que o grupo decidir, o sistema de decisão é democrático, as regras de funcionamento são definidas por todos e é fundamental ser mantida a confidencialidade (MAIA, H., 2002).

A experiência de ter um filho, por si só, já introduz grandes mudanças na vida de uma família, mas ter um filho com necessidades especiais e sendo um facto inesperado, como acontece em situação de prematuridade ou de parto distócico com sequelas para o RN, exigem uma mudança radical. De acordo com VIEIRA (2009, p.82) *“a família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e é constituída por todas as pessoas significativas. Destas, destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”*.

Existem diversas formas de famílias, como a nuclear, a extensiva, a binuclear e a reconstituída. A família extensiva envolve a família nuclear e outras pessoas com laços sanguíneos, que incluem avós, tios, tias e primos (FRIEDMAN, citado por WILLIAMS, 2002, p.27). Por meio

dessa rede de parentes, a família extensiva proporciona modelos e suporte a todos os seus membros.

No entanto, na actualidade, nem todas as famílias possuem estas redes familiares como seria desejado. Para que os pais possam, de certo modo, antecipar, prever ou preparar os ciclos desenvolvimentais da criança, é fundamental que se incrementem estratégias. Estas deverão dota-los de competências e conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos, prevenindo dificuldades e evitando o aparecimento de ciclos familiares de insucesso. Pois a sociedade espera que os pais cuidem dos seus filhos durante um período significativo das suas vidas e providenciem contextos conducentes de um desenvolvimento adequado (SOARES, H. M., 2008).

É difícil para a família, lidar com a realidade de um filho “*diferente*” com necessidades especiais, assim como com a perda do bebé idealizado durante a gravidez. Inicia-se portanto um doloroso e demorado processo de luto em que existe uma grande mistura de sentimentos, mas que, por outro lado permite a reorganização emocional e a aceitação do bebé real (GUIMARÃES, H., et al, 2007). Cuidar destas crianças/famílias num momento tão desorganizador, requer condições em que todos possam expressar os seus medos, dificuldades, conflitos e que sintam que são respeitados os seus sentimentos e o seu ritmo na adaptação à realidade “*de ser família com um filho diferente*” (BARBOSA, M. A. M., et al, 2008).

Ao conviver com a criança com necessidades especiais, a família descobre que não há fórmulas para o relacionamento com ela, a não ser que é preciso, paciência, força, persistência e carinho. Nas rotinas diárias, os familiares descobrem novos caminhos aprendendo uma maneira de conviver em família (BARBOSA, et al, 2008).

Nestas circunstâncias os GAM podem ter um papel preponderante no sentido de apoiar as famílias, por um lado permitindo a partilha de situações de vida comuns com as quais se identificam e por outro ajudando a encontrar soluções para os seus problemas.

OBJECTIVOS DO GAM

Geral:

- Contribuir para a promoção e o desenvolvimento de competências dos pais de crianças com necessidades especiais, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura, essenciais na gestão do processo saúde/doença seus e dos seus filhos;

Específicos:

- Efectuar o diagnóstico situacional;
- Hierarquizar os problemas/necessidades identificados;
- Definir os recursos temporais, materiais, físicos e humanos;
- Organizar reuniões e sessões de educação para a saúde (Informação e Educação Específica);
- Permitir a partilha e o conhecimento da experiência através dos pares;
- Promover a auto-estima e a autonomia;
- Criar Modelos de esperança: imitar o exemplo de quem resolveu positivamente;
- Potenciar a Ancoragem e a capacidade de Enfrentamento;
- Promover o desenvolvimento de relações significativas e novas amizades;
- Fomentar a investigação nesta área.

RELAÇÃO DE AJUDA NO GAM

Na relação de ajuda, pessoa que ajuda dá prioridade máxima à pessoa que é ajudada, respeitando-a, escutando-a e apoiando-a com humanidade. O ajudado, com o decurso da relação vai-se consciencializando da situação que o envolve, para desenvolver o processo de resolução do problema que o afecta. No entanto, ambos os intervenientes desempenham papéis igualmente fulcrais, o que ajuda, pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento e o que é ajudado, por ser portador do que é absolutamente essencial para o sucesso desta relação – força interior (SIMÕES, J. F.F. L., et al, 200).

FUNÇÕES DO GAM

Os Grupos de Ajuda Mútua podem estar direccionados para uma função específica ou para mais que uma, neste caso em particular terá como funções o apoio emocional e educacional.

- **Apoio Emocional** – Através da entreajuda, do desenvolvimento de estratégias de *coping* ou seja de enfrentamento da situação e da mudança individual. Para MCCUBBIN

(1993) citado por CHAREPE (2010) o *coping* familiar reporta-se ao conjunto de “estratégias, padrões e comportamentos familiares concebidos para manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, obter ou usar os recursos da família e da comunidade para lidar com a situação e encetar esforços para resolver as necessidades da família criadas por um factor de tensão”.

- **Apoio Educacional** - Compreensão da problemática através dos modelos de esperança, imitando o exemplo de quem resolveu positivamente e também através de sessões de educação para a saúde e formações informais numa perspectiva de *Empowerment* ou seja que determinada pessoa possa adquirir recursos, informação e oportunidades que anteriormente não possuía. É um processo de transferência através do crescimento individual e da força colectiva (MAIA, H., 2002).

BENEFÍCIOS DO GAM:

- Tomar conhecimento de sentimentos idênticos;
- Comunicação horizontal (entre pares);
- Desenvolvimento de relações significativas / novas amizades;
- Queda de defesas e barreiras psicológicas;
- Aprendizagem de estratégias / soluções;
- A crescente capacidade na adaptação às mudanças;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais e interpessoais;
- Caminho para recuperar o sentido de vida;
- Fortalecimento da auto-estima.

(CHAREPE, 2010)

REQUISITOS DO FACILITADOR

- Capacidade de criar clima acolhedor e estimular a participação dos membros, assegurando que todos aqueles que o desejem, tenham a oportunidade de participar activamente;
- Empenho e dedicação ao grupo;
- Respeito, abertura, tolerância e compreensão dos objectivos e do seu papel no grupo;

- Habilidade na escuta e interação sem julgar; Assegurar que as normas acordadas são respeitadas;
- Partilhar informação acerca das patologias e dos cuidados às crianças;
- Identificar os elementos que possam necessitar de mais apoio e assistência do que o grupo é capaz de oferecer.

(CHAREPE, 2010)

Riscos a evitar

- Excessivo protagonismo;
- Dominar ou manipular o grupo;
- Recomendar fáceis soluções;
- “Dependência psicológica” no grupo.

(CHAREPE, 2010)

PAPÉIS FUNCIONAIS DO FACILITADOR

- INICIAR - O encontro (reuniões), utilizando palavras de “boas vindas” e realizando breve apresentação para ilustrar os objectivos e normas do grupo;
- INFORMAR - Sobre os membros ausentes e novos, as actividades, iniciativas, cursos realizados ou programados de interesse grupal;
- COORDENAR – A temática, as necessidades que surjam, facilitar a interação favorecendo a participação e a integração dos membros;
- SINTETIZAR - A partir da escuta das intervenções e das experiências, as indicações úteis;
- CONCLUIR - O encontro respeitando o horário previsto e enunciando os próximos encontros.

(PANGRAZZI, 2003, citado por CHAREPE, 2010)

ACTIVIDADES DO PROJECTO

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre esta área de intervenção;
- Reunião com a Enfª Orientadora /Enfª Chefe para delinear os objectivos e actividades para a operacionalização do projecto e respectiva avaliação;
- Fazer o diagnóstico da situação, através da aplicação de um formulário aos colegas da Unidade de Neonatologia, para fazer o levantamento das necessidades e perceber se a criação de um GAM era oportuno (Anexo I);
- Tratar os dados e avaliar;
- Reuniões informais com a Enfª orientadora /Enfª Chefe sempre que necessário;
- Reunião com responsável da XXS (Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro), que colabora actualmente com a MAC no apoio a pais de crianças prematuras, no sentido de se articular uma colaboração com o futuro projecto;
- Reunião com a Enfermeira Directora e a Directora Clínica da Unidade de Neonatologia, para apresentação do Projecto;
- Contactar e convidar informalmente uma equipa multidisciplinar da Unidade (enfermeiras, pediatra, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social), para posterior participação no projecto;
- Solicitar a colaboração do Banco do Bebê da MAC (Instituição de Solidariedade Social), para colaborar no projecto futuramente;
- Fazer o levantamento das crianças com necessidades especiais (prematuras e de termo), que são acompanhados na consulta de desenvolvimento da MAC;
- Fazer uma posterior triagem e contacto dos pais, para efectuar o convite por via telefónica, para participarem no GAM;
- Realizar sessão de formação subordinada ao tema: **A Criança com Doença Crónica e as Implicações na Família/ Grupos de Ajuda Mútua** – Apresentada em quatro momentos de formação para permitir a participação de um maior número de enfermeiros, e outros técnicos e assim se sentirem mais envolvidos no projecto (Anexo II);
- Fazer a respectiva avaliação da formação e dos formandos (Anexo III E IV);

- Proporcionar a participação de Enfermeiras que estão envolvidas em projectos de GAM noutras instituições para partilharem a suas experiências connosco e fazermos uma reflexão conjunta;
- Realizar a primeira reunião com os pais onde se fará breve apresentação sobre GAM, o seu funcionamento, a periodicidade e duração das reuniões, assim como esclarecimento de eventuais dúvidas (Anexo V);
- Fazer a respectiva avaliação da reunião (Anexo VI);
- Escolher um nome a atribuir ao grupo;

2- NOTA FINAL

Os Grupos de Ajuda Mútua retomaram na actualidade algumas das funções que a rede familiar, de amigos e vizinhos assumiam e era tão importante no passado. Como refere MAIA, H., (2002), o modelo das relações sociais alterou-se substancialmente. Enquanto no passado predominavam as redes de família alargada e as relações fortes com os amigos e vizinhos, hoje verifica-se que cada família conhece e se relaciona com muita gente, mas de forma superficial e circunscrita, quase uma simples interacção entre papéis sociais. Na sociedade contemporânea existem vários processos dinâmicos e complexos que justificam o aparecimento deste tipo de grupos, como a imigração e as assimetrias sociais.

É por isso indispensável que compreendamos as preocupações, as vivências, as formas de lidar com a situação destes pais, para mais adequadamente lhes poderemos prestar apoio.

Um GAM é sobretudo, uma entidade com abertura, sem hierarquias, sem o receio de ferir poderes e saberes instituídos, onde se fala, se interroga, se inquieta, com discordâncias e harmonias...enfim um grupo que se escuta se apoia, se estrutura e se torna capaz de apoiar os elementos que o compõem.

Pretende-se também com este projecto fomentar a investigação nesta área de intervenção de enfermagem, mostrando assim a evidência científica, aperfeiçoando as nossas atitudes e tomadas de decisão no contexto da prática.

Como já foi referenciado, no decorrer do desenvolvimento deste projecto serão feitos os reajustes necessários, uma vez que as planificações irão ser submetidas à avaliação das diversas situações.

3-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F.; (1998). *Ética em Pediatria*. In SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora. 223 p. ISBN 972-0-06033-6;
- Azevedo, M. (2009). *Teses Relatórios e trabalhos escolares*. 7ª edição - Lisboa: Universidade Católica Editora -216p.ISBN 978-972-54-0247-4;
- Barbosa, M. A. M., & Gomes, M. M. F.; (2008). *Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico*. Parte da dissertação de Mestrado “Compreendendo o mundo - vida da mãe com um filho deficiente”, apresentado na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP- São Paulo, Brasil, *Acta Paul Enferm*: 21(1): 46-52;
- Charepe, Z., (2010). *Apontamentos Fornecidos*;
- Castro, E. K. ; Piccinini, C. A. (2002). *Implicações da Doença Orgânica Crónica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas - Psicologia: Reflexão e Crítica*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil, 15(3), pp. 625-635;
- Carreiras, M. A. (2000). *A criança com doença crónica, os pais e a equipa terapêutica*. Instituto superior de psicologia aplicada. Lisboa. *Análise psicológica*, 3 (XVIII):277-280;
- Cloherty, John P.; Eichnwald, Erie C.; Stark, Ann R. (2005). *Manual de Neonatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A. 715 p. ISBN 85-277-1030-7;
- Fernandes, P. T. & Li, L. M. (2004). *Formação de Grupos como Suporte Psicológico e Social na Epilepsia*. *Jornal da Epilepsia e Neurofisiologia Clínica*, 10(3): 171-174;
- Fine, Julia M.B. – *Modelo de Interação Pais-Filhos*. In Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2004) – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ªed. Loures: Lusociência. 749 p. ISBN 972-8383-74-6;
- Guimarães H., Tomé T., Virella D., & Mimoso., G., (2007). *Nascer Prematuro. Um Manual para os Pais dos Bebés Prematuros* (1ª ed.). Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ISBN: 978-989-20-0952-0;
- Leininger, M. (1998) – *Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial*. *Enfermagem*. [s.l.]. n.º 10 (Abril/Junho), p.32-36;
- LopesS, José Carlos dos Reis [et al]- *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para Melhor Cuidar*. Loures: Lusociência, 2009. 272p. ISBN 978-972-8930-45-5;
- Maia, H. ; Vasques, M. ; Vieira, J. ; Reto, F. ; Lourenço, V. (2002). *Manual de Ajuda Mútua* . Lisboa: Secretariado Nacional para a reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência;

- Milbrath, V. M., & Siqueira, H. C. H. (2008). Ser mulher mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral. *Acta Paul Enferm* 21(3): 427-31;
- Monte, L.F.V., & Rosov, T, (2005). Displasia broncopulmonar. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. 81, 99-110;
- Monteiro, F. J.(1997). Ajuda-mútua e reabilitação. Comunicação apresentada na 1.ª Conferência «Reabilitação e Comunidade», ISPA, Lisboa, Junho de 1996. *Análise Psicológica*, 3 (XV): 449-452;
- Rosa Maria Graziano I, Cléa Rodrigues Leone (2005). Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. *Jornal de Pediatria*. 0021-7557/05/81-01-Supl/S95;
- Simões, J. F.F. L.; Fonseca, M. J.; Belo, A. P. (2006) . Relação de ajuda: horizontes de existência, *Revista Referência*, IIª série, nº 3, Coimbra, ISSN: 0874-0283;
- Soares, H. M. (2008). O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem, Dissertação submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 221p.;
- Sousa, S.C.B. & Pires, A.A.P.(2003) . Comportamento Materno em Situações de Risco: Mães de Crianças com Paralisia Cerebral. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), III-130;
- Tiensoi, L.O. & Colosimo, E. A. (2007). Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte. Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes. Rio de Janeiro. Trabalho apresentado à Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais, *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.6;
- Vieira, E. P. & Garcia, M. V.; (2007).Ocorrências dos Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva Infantil num Decorrer de Quatro Anos em Um Programa de Triagem Auditiva Neonatal de Um Hospital Público. São Paulo. Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo. *Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiológica*. 12 (3): 214-20;
- Vieira, M. A. & Lima, R. A. G. (2002). Crianças e Adolescentes com Doença Crônica: Convivendo com Mudanças. São Paulo . *Rev Latino-am Enfermagem* , Julho-Agosto; 10(4): 552-60;
- Vieira, M.; (2009). Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. 158 p. ISBN 978-972-54-0195-8;
- Williams, R. P.(2002) – A Família e a Cultura. In *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Edição. São Paulo: Artmed Editora LTDA. ISBN 85-7307-787-5 p.26 a 38;
- Wong, I. (2006).Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora;

ANEXOS

ANEXO XVII – Relatório da Formação “A Doença Crónica e Suas Implicações na
Família - GAM”



MAC- UNIDADE DE NEONATOLOGIA

A DOENÇA CRÓNICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA/GAM

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



Lisboa, Dezembro de 2010

No sentido de dar resposta a uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem do SUP, comunicada pela enfermeira orientadora e pela equipa de enfermagem, realizamos uma acção de formação sobre a temática - “A DOENÇA CRÓNICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA/GAM”.

Com esta formação pretendemos contribuir para:

- Melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família imigrantes e portuguesas
- Reflexão sobre a prática

Formação em Contexto de trabalho

A formação é um instrumento essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados. Esta apresenta-se como um excelente meio de desenvolvimento de potencialidades por parte de quem a experiencia, habilitando-nos a ser profissionais com capacidade crítica para poder transformar positivamente os nossos contextos de trabalho (LUZ, 2008).

A formação deve estar presente ao longo do nosso percurso profissional para que possamos estar à altura de todas as solicitações e desafios que nos vão surgindo para no nosso quotidiano.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro especialista fomentar a formação continua nos seus pares, promovendo acções de formações para a sensibilização de temáticas que vão de encontro ao interesse e necessidades sentidas pelos enfermeiros nos locais onde se encontram (OLIVEIRA, 2009).

Objectivos Gerais:

- Reflectir sobre a doença crónica no RN e suas implicações na família

- Contribuir para a sensibilização da equipa multidisciplinar da UCN da MAC para necessidade da existência de um GAM para pais de crianças com doença crónica

Objectivo Específicos

⇒ Partilhar experiências

⇒ Reflectir sobre a prática

Destinatários: Enfermeiros da UCN MAC

Data: 7, 8, 10 e 14 de Dezembro de 2010

Hora: 15h30m

Local: Sala de Reuniões da Unidade de Neonatologia da MAC

Avaliação

No final das 4 sessões assistiram 45 elementos da equipa multidisciplinar à formação.

No final das sessões foram entregues questionários de avaliação sendo que os itens que compunham o instrumento de avaliação foram na sua totalidade satisfatórios.

Foram incluídos no questionário de avaliação os seguintes itens:

ESCALA DE AVALIAÇÃO ITENS AVALIADOS	1	2	3	4	5
A escolha da temática é importante para a melhoria dos cuidados				3	42
Conteúdos da acção				2	42
A formação proporcionou novos conhecimentos				1	44
Avaliação da formação				2	43
Utilização de suportes/ documentos/meios audiovisuais					45

Fizemos também a avaliação dos formandos que responderam correctamente a todas as questões colocadas.

Segundo o que também pudemos auscultar, de uma forma mais informal, junto daqueles que participaram na formação, todos consideram uma mais-valia, uma vez que lhes permitiu aprofundar conhecimentos na área temática e no futuro intervir mais adequadamente em situações relacionadas com a Doença crónica e os grupos de ajuda mútua.

PLANO DE SESSÃO

Escola: Universidade Católica Portuguesa		Maternidade Dr Alfredo da Costa		
Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria		Unidade de Neonatologia		
Formadora: Isménia Gonçalves		FORMAÇÃO: Doença Crónica e as implicações na família/ Grupo de Ajuda Mútua		
Conteúdos	Objectivos Pedagógicos	Estratégias Pedagógicas / Actividades Pedagógicas	Tempo	Avaliação
• Apresentação da Formadora e da formação; • Conteúdos da formação; • Pressupostos básicos da Doença Crónica/ GAM: desenvolvimento dos temas; • Avaliação dos formandos; • Avaliação da formação.	• Criar uma relação empática entre formadora e formandos e vice-versa; • Dar conhecimento dos conteúdos da formação; • Sensibilizar os formandos para a importância do tema e transmitir de forma simples os conteúdos; • Perceber se os formandos compreenderam a informação • Avaliar se os objectivos foram atingidos	• Apresentação da formadora explicando as razões que a levaram a desenvolver este tema; • Apresentação dos conteúdos a desenvolver no decorrer da formação; • Partilhar experiências e permitir e incentivar que os formandos a expressar as suas opiniões e experiências relacionadas com o tema; • Perguntas simples de resposta rápida (Verdadeiras ou Falsas); • Fornecer uma escala numérica para avaliar a formação	• 1 min. • 2 min. • 25 min. • 1 min. • 1 min.	

Assinatura do(a) Formador(a) _____ 7/12/ 2010

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - “DOENÇA CRÓNICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA/ GRUPO DE AJUDA MÚTUA”

1. Considera a escolha desta temática importante para a melhoria dos cuidados à criança/família com doença crónica?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Que temas gostaria de ter visto abordados no âmbito desta temática?

3. Considera que os temas foram transmitidos de forma clara?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Como avalia esta acção de formação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Legenda:

1 – Muito Fraco; 2 – Fraco; 3 – Médio; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria – ICS

– Universidade Católica Portuguesa

Dezembro 2010

AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS NA FORMAÇÃO - “Doença Crónica e suas Implicações na Família/ Grupo de Ajuda Mútua”

Indique se as seguintes afirmações são verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. A doença crónica não pode ser vista como um factor *stressor* que afecta o desenvolvimento normal da criança mas também que altera as relações sociais dentro do sistema familiar ____
2. Tornar-se família de criança com necessidades especiais requer uma (re)organização na sua estrutura e por vezes uma (re)definição de papeis, dos seus membros. ____
3. A displasia broncopulmonar está associada a hospitalizações frequentes e prolongadas, a altos índices de mortalidade e a alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e estatoponderal. ____
4. Comunicação dentro dos GAM não é horizontal (entre pares). ____
5. Uma das finalidades do GAM é potenciar a capacidade de enfrentamento – ancoragem: não dar dependência, mas sim ajudar a recomeçar. ____

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria –
ICS – Universidade Católica Portuguesa

Desembbro 2010

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

UNIDADE DE NEONATOLOGIA - MAC

A DOENÇA CRÓNICA NO RN E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA/ GAM



LOCAL: Sala de
reuniões da Unidade
de Cuidados Neonatais
DIAS: 7, 8, 10 e 14 de
Dezembro de 2010
HORA: 15.30 h

Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Aluna: Isménia Gonçalves

Orientação: Esmeralda Pereira

Lisboa, Novembro de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

UNIDADE DE NEONATOLOGIA - MAC



Fonte: www.gravicaecia.com

A DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA

Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Aluna: Isménia Gonçalves

Orientação: Esmeralda Pereira

Lisboa, Novembro de 2010

01-05-2011

Isménia Gonçalves



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



Objectivos Gerais:

- Reflectir sobre a doença crónica no R/N e as suas implicações na família
- Sensibilizar o grupo de enfermeiros da Unidade de Neonatologia da MAC para a necessidade da existência de um GAM para pais de crianças com doença crónica

Objectivos Específicos:

- Partilha de experiências
- Que no final da sessão enumerem as doenças crónicas mais comuns na prematuridade assim como as suas implicações na família
- Que no final da sessão possuam conhecimentos sobre o funcionamento de um GAM

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



Porquê este tema?

- Alguns dos R/N da Unidade de Neonatologia da MAC são portadores de doença crónica
- As implicações nas famílias de crianças com doença crónica são imensas
- Estas crianças/famílias carecem de apoio especializado

01-05-2011

Isménia Gonçalves



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



CONCEITO

Doença Crónica

Isménia Gonçalves

01-05-2011



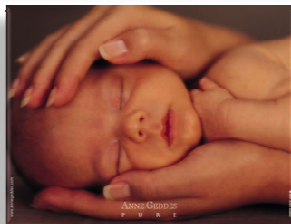
DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



► Doença Crónica:

- ✓ Tem um curso longo, poderá ser incurável, deixar sequelas e impor limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptação

VIEIRA, M. A. & LIMA, R. A. G. (2002)



Isménia Gonçalves



01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



Doenças Crónicas
mais comuns nos
RN da UCIN-MAC

Isménia Gonçalves

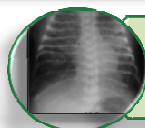
01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Displasia Broncopulmonar



É considerada uma das principais causas de doença pulmonar crónica nos Prematuros



Decorrente de elevadas concentrações de oxigénio e ventilação mecânica



Doença da Membrana Hialina - Imaturidade pulmonar, da caixa torácica e défice de surfactante

Isménia Gonçalves

01-05-2011

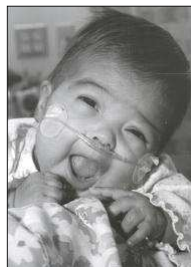
Monte, L. F.V., et al (2005)



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Displasia Broncopulmonar



- Está associada a hospitalizações frequentes e prolongadas
- Altos índices de mortalidade
- Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e estado-ponderal

Monte, L. F.V., et al (2005)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Distúrbios Auditivos



▪ A permanência em cuidados Intensivos

- Infecções congênitas
- Anomalias craniofaciais
- Peso nascer < 1500gr
- Hiperbilirrubinemia
- Ototóxicos
- Ventilação mecânica prolongada
- Hemorragia intraventricular

Vieira, E. P. (2005)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Distúrbios Auditivos

▪ A deficiência auditiva dificulta o desenvolvimento global da criança, em especial ao nível da fala e da linguagem

▪ Social, emocional e cognitivo

Tiensohi, L.O.(2007)



Isménia Gonçalves

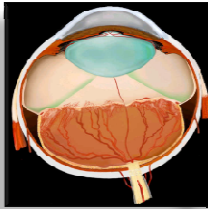
01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Distúrbios Oftalmológicos



A retinopatia é o distúrbio visual mais comum no RN prematuro



- Prematuridade e o baixo peso ao nascer
- Hipóxia/hiperóxia
- Hemorragia intraventricular



CLOHERTY et al, (2005)

Isménia Gonçalves

01-05-2011

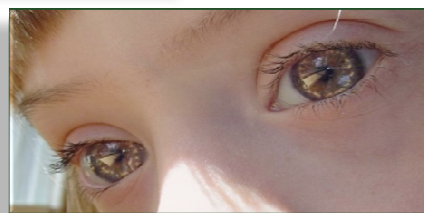
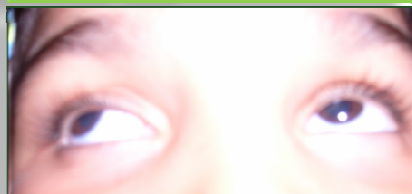


DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Distúrbios Oftalmológicos

O O desenvolvimento motor e a capacidade de comunicação são prejudicados na criança com deficiência visual



O A visão é um dos mais importantes sentidos no desenvolvimento físico e cognitivo normal da criança

Grasiano, R. M. et al, (2005)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Distúrbios do Crescimento

O Prematuros de Extremo Baixo Peso são crianças de risco para problemas de crescimento e desenvolvimento



O São geralmente pequenas em peso e estatura até à adolescência, mas podem atingir a estatura e peso muito próximo da média, na idade adulta



Rugolo, L. M. S. S. (2005)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Distúrbios do Desenvolvimento Cognitivo

O Vários estudos realizados com prematuros em idade escolar indicam possíveis dificuldades na escola



O Prematuro de EBP: Dificuldades na aprendizagem por alterações cognitivas e de comportamento, por distúrbios perceptivos, da atenção e hiperactividade



Méio M. D. B. B., et al (2004)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Paralisia Cerebral



- Disfunção neuromotora não progressiva, com perturbação global do controlo da postura e/ou movimento
- Pode apresentar perturbações associadas:
 - Défices visuais, auditivos e cognitivos
 - Perturbações da linguagem e do comportamento
 - Epilepsia

Sousa, S. C.B., et al (2003)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



✓ Paralisia Cerebral

- A criança pode apresentar níveis de inteligência normativos
- Atraso intelectual devido às lesões cerebrais ou resultante da deficiências



Sousa, S. C.B., et al (2003)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



As Famílias de
Crianças portadoras
de doença Crónica

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



♥ A experiência de ter um filho, por si só, já introduz grandes mudanças na vida de uma família

♥ Ter um filho com necessidades especiais e sendo um facto inesperado exige uma mudança radical



Isménia Gonçalves

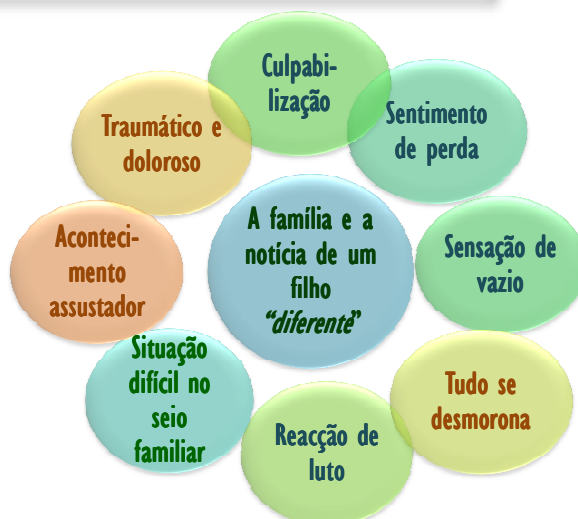
01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



atendimento



Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



atendimento

- É difícil lidar com a realidade de um filho "diferente" assim como com a perda do bebé idealizado — Processo de Luto:
 - Doloroso e demorado e com mistura de sentimentos
 - Permite a reorganização emocional e a aceitação do bebé real



Guimarães, H., et al (2007)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



► A doença crónica pode ser vista como um factor *stressor* que afecta o desenvolvimento normal da criança mas também que altera as relações sociais dentro do sistema familiar

Castro, E. K.; Piccinini, C. A. (2002)



Ao tornar-se família de criança com necessidades especiais requer uma (re)organização na sua estrutura e por vezes uma (re)definição de papéis, dos seus membros...

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



► A criança tem a vida irreversivelmente alterada pelos tratamentos e consequências impostos pela doença, tornando-se uma experiência multidimensional tanto para ela como para sua família



Isménia Gonçalves

01-05-2011

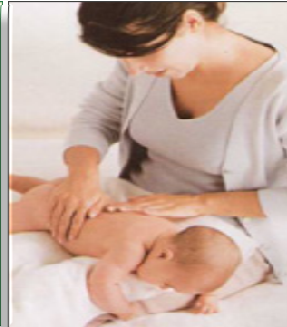


DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



► A criança com necessidades especiais, exige a presença constante de um cuidador que na maioria dos casos é a mãe, que por vezes abdica da sua vida profissional, social e pessoal dando prioridade ao “*papel de mãe*”

Milbrath, V. M., et al (2008)



Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



► Cuidar destas crianças/famílias num momento tão desorganizador, requer condições em que todos possam expressar os seus medos, dificuldades, conflitos e que sintam que são respeitados os seus sentimentos e o seu ritmo na adaptação à realidade “*de ser família com um filho diferente*”

Barbosa, M. A. M., et al (2008)



Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



atendimento



A criança com doença crónica grave:

- exige cuidados especiais
- vive situações dolorosas de grande vulnerabilidade

Carreiras, M. A., (2000)



Fortalecimento das capacidades parentais:

- Necessita um meio facilitador para desenvolver potencialidades

Carreiras, M. A., (2000)



Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



atendimento



Ao conviver com a criança deficiente, a família descobre que não há formulas para o relacionamento com ela, a não ser que é preciso , **paciência, força, persistência e carinho**



Nas rotinas diárias, os familiares descobrem **novos caminhos** aprendendo uma maneira de conviver em família



Barbosa, et al (2008)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



♥ A aceitação dos membros da família alcança-se ao permitir-se a dignidade de vivenciar, expressar forças e limitações pessoais, respeitando as potencialidades individuais



Barbosa, et al (2008)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



REFLEXÃO

♥ Todos os pais têm inúmeras formas de lidar com a deficiência, no entanto o que mais os preocupa é a falta de **competência adaptativa dos filhos**



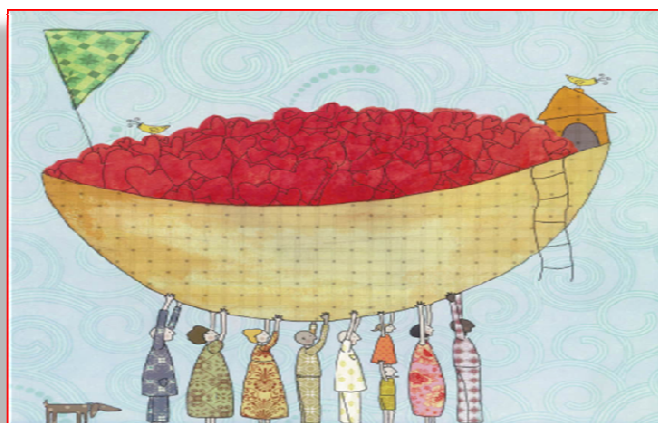
♥ O ajustamento e funcionamento das famílias estão relacionados com a gravidade da doença e o grau de dependência da criança, com a coesão, harmonia familiar e **as redes de suporte e apoio social**

Isménia Gonçalves

01-05-2011

Sousa, S. C. B.; Pires, A. A. P. (2003)

GRUPOS DE AJUDA MÚTUA

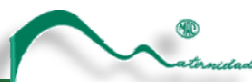


01-05-2011

Isménia Gonçalves



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



- Surgem em 1935, nos EUA - (OHIO)
- Alcoólicos Anónimos
- No final dos anos 70 existiam 500 000
- Chegam à Europa nos anos 60/70



- Na década de 70 eram estigmatizados
- Na década de 80 eram olhados com desconfiança
- Actualmente são considerados suplemento da assistência profissional

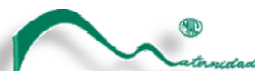
Isménia Gonçalves

01-05-2011

Maia, H. (2002)



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



APARECIMENTO DOS GRUPOS



Isménia Gonçalves

01-05-2011

(Pangrazzi, 2003, citado por Charepe, 2010)



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



► Porquê um Grupo de Ajuda Mútua?

- ✓ A ajuda mútua é um dos mais significativos movimentos sociais contemporâneos
- ✓ Ajuda interpessoal em grande expansão na actualidade

► Realidade da MAC:

- 🔧 Banco do Bebê/ Equipa de Apoio domiciliário
- 🔧 XXS

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Grupo de Ajuda Mútua:

- ✓ Acção dos grupos de parceiros que partilham uma situação de vida com a qual se identificam
- ✓ Fundamenta-se na vivência subjectiva dos problemas de cada um dos membros, isto é, no **conhecimento da experiência**

(Borkman, 1991, citado por Monteiro, 1997)



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Grupo de Ajuda Mútua:

- ✓ Neste processo utiliza-se a **partilha como metodologia e o conhecimento da experiência como estratégia de intervenção**
- ✓ O paradigma da experiência, é o factor mais representativo da **cultura mutual**

(Borkman, 1991, citado por Monteiro, 1997)



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



🗨️ Objectivos do GAM:



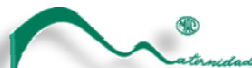
- Formar e informar os pais, discutir os medos, ansiedade
- Partilhar experiências, expressar sentimentos e trocar experiências com outros pais que vivenciam situações similares

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



♥️ “AUTO-AJUDA” – Princípio de ajuda a si mesmo, de não delegar nos outros e nos profissionais a finalidade de se sentir bem ...

♥️ “AJUDA MÚTUA” – O ajudar reciprocamente a enfrentar e superar as crises da vida ...



Pangrazzi, (2003) citado por Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA

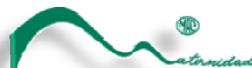


Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



RELAÇÃO DE AJUDA

○ A pessoa que ajuda

Dá prioridade máxima à pessoa que é ajudada, respeitando-a, escutando-a e apoiando-a com humanidade

Simões, J. F.F. L., et al , 2006



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



🗨️ RELAÇÃO DE AJUDA

○ O ajudado, com o decurso da relação vai-se consciencializando da situação que o envolve, para desenvolver o processo de resolução do problema que o afecta

Simões, J. F.F. L., et al , 2006

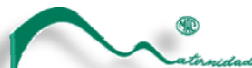


Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



🗨️ RELAÇÃO DE AJUDA

○ Ambos os intervenientes desempenham papéis igualmente fulcrais:

- o que ajuda, pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento
- o que é ajudado, por ser portador do que é absolutamente essencial para o sucesso desta relação — **força interior**

Simões, J. F.F. L., et al , 200



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Características do GAM:

- ✓ Estruturas relativamente pequenas
- ✓ Constituídas por pessoas que partilham um problema ou situação
- ✓ Reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade
- ✓ Orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das capacidades individuais... e criação de recursos adequados

(Maia et al, 2002:9)



Isménia Gonçalves

01-03-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Características do GAM(cont):

- ✓ São liderados pelos seus próprios membros
- ✓ A participação no grupo é gratuita e voluntária
- ✓ As reuniões são semanais, quinzenais ou mensais
- ✓ A liderança é partilhada entre os seus elementos
- ✓ O sistema de decisão é democrático
- ✓ As regras de funcionamento do grupo são definidas por todos
- ✓ É mantida a confidencialidade

(Maia et al, 2002:9)



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Tipos de GAM:

- Natureza predominantemente emocional (depressão)
- Natureza interpessoal (divórcio)
- Natureza social (desemprego)
- **Natureza física (doença crónica)**



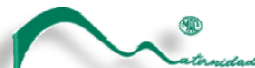
(Maia, et al, 2002:9)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



FINALIDADES DO GAM



Apoio Emocional

Construção da confiança e experiência de ajuda mútua



Apoio Social

Vínculos de solidariedade/Abertura de espaços de esperança

Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA - Finalidades



FINALIDADES DO GAM:

♥ Informação e Educação Específica

Modelos de esperança: imitar o exemplo de quem resolveu positivamente

♥ Potenciar a Capacidade de Enfrentamento

Ancoragem: não dar dependência, mas sim ajudar a recomeçar

Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Benefícios dos GAM:

- Tomar conhecimento de sentimentos idênticos
- Comunicação horizontal (entre pares)
- Desenvolvimento de relações significativas / novas amizades
- Queda de defesas e barreiras psicológicas
- Aprendizagem de estratégias / soluções

Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Benefícios dos GAM

- A crescente capacidade na adaptação às mudanças
- Desenvolvimento de habilidades pessoais e interpessoais
- Caminho para recuperar o sentido de vida
- Fortalecimento da auto-estima

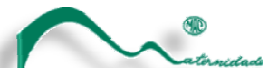
Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



FUNÇÕES DO GAM:

- **Suporte Emocional** - Entreeajuda, estratégias de coping e mudança individual
- **Educacional** - Compreensão da problemática
- **Ação social ou aconselhamento** - Como o sistema trata ou vê a pessoa afectada pelo problema em questão

(Maia, et al,2002:9)



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



REQUISITOS DO FACILITADOR



- ☺ Capacidade de criar clima acolhedor
- ☺ Empenho e dedicação ao grupo
- ☺ Compreensão dos objectivos
- ☺ Compreensão do seu papel no grupo
- ☺ Habilidade na escuta e interacção
- ☺ Respeito, abertura e tolerância

RISCOS A EVITAR



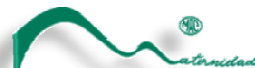
- ☹ Excessivo protagonismo
- ☹ Dominar ou manipular o grupo
- ☹ Recomendar fáceis soluções
- ☹ “Dependência psicológica” no grupo

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



PAPÉIS FUNCIONAIS DO FACILITADOR

INICIAR

- O encontro (reuniões)
- Utilizar palavras de “BOAS VINDAS”
- Realizar breve apresentação para ilustrar os objectivos e normas do grupo

INFORMAR

- Sobre os membros ausentes /novos
- Sobre actividades, iniciativas, cursos realizados ou programados de interesse grupal

COORDENAR

- Tema/temática
- Necessidades que surjam, facilitar a interacção favorecendo a participação e a integração dos membros

Isménia Gonçalves

01-05-2011

(Pangrazzi, 2003, citado por Charepe, 2010)



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



PAPÉIS FUNCIONAIS DO FACILITADOR

SINTETIZAR

- Sintetizar a partir da escuta das intervenções e das experiências, as indicações úteis

CONCLUIR

- Concluir o encontro respeitando o horário previsto, enunciando os próximos encontros

(Pangrazzi, 2003, citado por Charepe, 2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



REFLEXÃO

- ♦ Os **GAM** retomaram na comunidade algumas das funções que a **rede familiar, de amigos e vizinhos** assumiam e era tão importante no passado...
- ♦ Quanto melhor compreendermos as preocupações, as vivências, as formas de lidar com a situação destes pais, mais adequadamente lhes poderemos prestar apoio...

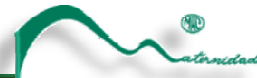


Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



REFLEXÃO

Um **GAM** é sobretudo, uma entidade com abertura, sem hierarquias, sem o receio de ferir poderes e saberes instituídos, onde se fala, se interroga, se inquieta, com discordâncias e harmonias...enfim um grupo que se escuta se apoia, se estrutura e se torna capaz de apoiar os elementos que o compõem...



Isménia Gonçalves

01-05-2011

BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, M. A. M., & Gomes, M. M. F. (2008). *Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. Parte da dissertação de Mestrado "Compreendendo o mundo-vida da mãe com um filho deficiente", apresentado na Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP- São Paulo, Brasil, Acta Paul Enferm : 21(1): 46-52;*
- Castro, E. K. ; Piccinini, C. A. (2002) .Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas - *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Brasil, 15(3), pp. 625-635;*
- Carreiras, M. A. (2000). *A criança com doença crónica, os pais e a equipa terapêutica. Instituto superior de psicologia aplicada. Lisboa. Análise psicológica, 3 (XVIII):277-280;*
- CLOHERTY, John P.; EICHENWALD, Erie C.; STARK, Ann R. (2005). *Manual de Neonatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A. 715 p. ISBN 85-277-1030-7;
- Fernandes, P. T. & Li, L. M. (2004). Formação de Grupos como Suporte Psicológico e Social na Epilepsia. *Jornal da Epilepsia e Neurofisiologia Clínica*, 10(3): 171-174
- Guimarães H., Tomé T., Virella D., & Mimoso., G., (2007). *Nascer Prematuro. Um Manual para os Pais dos Bebés Prematuros (1ª ed.)*. Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ISBN: 978-989-20-0952-0;
- Milbrath, V. M., & Siqueira, H. C. H. (2008). *Ser mulher mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral. Acta Paul Enferm 21(3): 427-31;*
- Monte, L.F.V., & Rosov, T, (2005). Displasia broncopulmonar. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. 81, 99-110;

Isménia Gonçalves

01-05-2011

BIBLIOGRAFIA

- Tiensoi, L.O. & Colosimo, E. A. (2007). Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes. Rio de Janeiro. Trabalho apresentado à Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais, Cad. Saúde Pública vol.23 no.6
- Vieira, E. P. & Garcia, M. V.(2007).Ocorrências dos Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva Infantil num Decorrer de Quatro Anos em Um Programa de Triagem Auditiva Neonatal de Um Hospital Público. São Paulo. Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo. Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiológica. 12 (3): 214-20;
- Vieira, M. A. & Lima, R. A. G. (2002). CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÔNICA: CONVIVENDO COM MUDANÇAS. São Paulo . Rev Latino-am Enfermagem , Julho-Agosto; 10(4):552-60
- Rosa Maria Graziano1, Cléa Rodrigues Leone2 (2005). Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. Jornal de Pediatria. 0021-7557/05/81-01-Supl/S95
- Monteiro, F. J.(1997). Ajuda-mútua e reabilitação
- Simões, J. F.F. L.; Fonseca, M. J.; Belo, A. P. (2006) . Relação de ajuda: horizontes de existência, Revista Referência, IIª série, nº 3, Coimbra, ISSN: 0874-0283;
- Wong, I. (2006).Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora;

Isménia Gonçalves

01-05-2011



ANEXO XVIII – Relatório da Formação “A Doença Crónica e Suas Implicações na
Família/GAM - Pais”



MAC- UNIDADE DE NEONATOLOGIA

A DOENÇA CRÓNICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA/GAM - PAIS

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



Lisboa, Dezembro de 2010

No sentido de dar resposta a uma necessidade que eu senti , realizamos uma acção de formação sobre a temática - **“A DOENÇA CRÓNICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA/GAM”**, para os pais , no sentido de lhes apresentar o projecto e esclarecer toas as eventuais dúvidas que tivessem.

Com esta formação pretendemos contribuir para:

- Melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família imigrantes e portuguesas, capacitando os pais
- Reflexão sobre a temática

Objectivos Gerais

- Reflectir sobre a doença crónica no RN e suas implicações na família
- Contribuir para a sensibilização dos pais de crianças com doença crónica, utentes da UCN da MAC para necessidade da existência de um GAM

Objectivo Específicos

⇒ Partilhar experiências

⇒ Reflectir sobre a temática

Destinatários: pais de crianças com doença crónica utentes da UCN MAC

Data: 17 de Dezembro de 2010

Hora: 16h00m

Local: Sala de reuniões da Unidade de Neonatologia da MAC

Avaliação

No final das sessões assistiram 3 pais à sessão de formação, pois a maioria dos que contactamos necessitavam mais tempo para se organizarem, uma vez que tinham que deixar os filhos com outras pessoas.

No final das sessões foram entregues questionários de avaliação sendo que os itens que compunham o instrumento de avaliação foram na sua totalidade satisfatórios.

Foram incluídos no questionário de avaliação os seguintes itens:

ESCALA DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5
ITENS AVALIADOS					
A escolha da temática é importante para a melhoria dos cuidados					3
Conteúdos da acção					3
A formação proporcionou novos conhecimentos					3
Avaliação da formação					3
Utilização de suportes/ documentos/meios audiovisuais					3

Fizemos também a avaliação dos formandos que responderam correctamente a todas as questões colocadas.

Os pais que assistiram à formação ficaram muito entusiasmados com a ideia de pertencerem a um GAM, pois entendiam que lhes traria imensas vantagens.

PLANO DE SESSÃO

Escola: Universidade Católica Portuguesa		Maternidade Dr Alfredo da Costa		
Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria		Unidade de Neonatologia (pais)		
Formadora: Isménia Gonçalves		FORMAÇÃO: Doença Crónica e as implicações na família/ Grupo de Ajuda Mútua		
Conteúdos	Objectivos Pedagógicos	Estratégias Pedagógicas / Actividades Pedagógicas	Tempo	Avaliação
• Apresentação da Formadora e da formação; • Conteúdos da formação: • Doença crónica e as implicações na família/GAM • Desenvolvimento do tema; • Avaliação dos formandos; • Avaliação da formação.	• Criar uma relação empática entre formadora e formandos e vice-versa; • Dar conhecimento dos conteúdos da formação; • Sensibilizar os formandos para a importância do tema e transmitir de forma simples os conteúdos; • Perceber se os formandos compreenderam a informação • Avaliar se os objectivos foram atingidos	• Apresentação da formadora explicando as razões que a levaram a desenvolver este tema; • Apresentação dos conteúdos a desenvolver no decorrer da formação; • Partilhar experiências e permitir e incentivar que os formandos a expressar as suas opiniões e experiências relacionadas com o tema; • Perguntas simples de resposta rápida (Verdadeiras ou Falsas); • Fornecer uma escala numérica para avaliar a formação	• 1 min. • 2 min. • 35 min. • 1 min. • 1 min.	

Assinatura do(a) Formador(a) _____

Janeiro de 2010

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - “DOENÇA CRÓNICA NO R/N E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA/ GRUPO DE AJUDA MÚTUA”

1. Considera a escolha desta temática importante para a melhoria dos cuidados à criança/família com doença crónica?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Considera que os conteúdos foram transmitidos de forma clara?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. Considera que a formação proporcionou aquisição de conhecimentos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Como avalia esta acção de formação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Como avalia a utilização de suportes e meios audiovisuais?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Legenda:

1 – Muito Fraco; 2 – Fraco; 3 – Médio; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria – ICS

– Universidade Católica Portuguesa

Dezembro 2010

AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS (PAIS) NA FORMAÇÃO

- “Doença Crónica no R/N e suas Implicações na Família/ Grupo de Ajuda Mútua”

Indique se as seguintes afirmações são verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. Tornar-se família de criança com necessidades especiais não requer uma (re)organização na sua estrutura e por vezes uma (re)definição de papeis, dos seus membros. ____
2. Comunicação dentro dos GAM não é horizontal (entre pares). ____
3. Uma das finalidades do GAM é potenciar a capacidade de enfrentamento – ancoragem: não dar dependência, mas sim ajudar a recomeçar. ____

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria –
ICS – Universidade Católica Portuguesa

Desembbro 2010



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



maternidade



Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



maternidade



- Nascimento prematuro de um filho
- Realidade de um filho diferente
- Internamento



- Perda do bebé idealizado
- Mistura de sentimentos/luto
- Aceitação da realidade

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



♥ A experiência de ter um filho, por si só, já introduz grandes mudanças na vida de uma família

♥ Ter um filho com necessidades especiais e sendo um facto inesperado exige uma mudança radical



Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



- ▶ É difícil lidar com a realidade de um filho “*diferente*” assim como com a perda do bebé idealizado — Processo de Luto:
 - Doloroso e demorado e com mistura de sentimentos
 - Permite a reorganização emocional e a aceitação do bebé real



Guimarães, H., et al (2007)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÓNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



- ▶ A criança com necessidades especiais, exige a presença constante de um cuidador que na maioria dos casos é a mãe, que por vezes abdica da sua vida profissional, social e pessoal dando prioridade ao “*papel de mãe*”

Milbrath, V. M., et al (2008)



Isménia Gonçalves

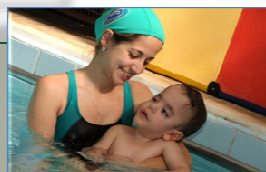
01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



♥ Ao conviver com a criança diferente,
a família descobre que não há
formulas para o relacionamento com ela,
a não ser que é preciso , **paciência, força, persistência e carinho**



♥ Nas rotinas diárias, os familiares descobrem **novos caminhos**
aprendendo uma maneira de conviver em família

Barbosa, et al (2008)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



♥ A aceitação dos membros da família alcança-se ao permitir-
se a **dignidade de vivenciar, expressar forças e limitações**
pessoais, respeitando as potencialidades individuais



Barbosa, et al (2008)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



DOENÇA CRÔNICA/P NO R/N E AS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA



REFLEXÃO

♥ Todos os pais têm inúmeras formas de lidar com a diferença, no entanto o que mais os preocupa é a falta de **competência adaptativa dos filhos**



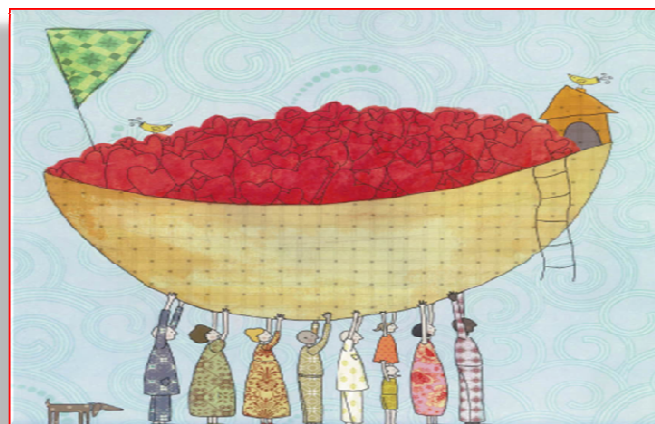
♥ O ajustamento e funcionamento das famílias estão relacionados com a gravidade da doença e o grau de dependência da criança, com a coesão, harmonia familiar e **as redes de suporte e apoio social**

isménia Gonçalves

01-05-2011

Sousa, S. C. B.; Pires, A. A. P. (2003)

GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



01-05-2011

Isménia Gonçalves



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



- Surgem em 1935, nos EUA - (OHIO)
- Alcoólicos Anónimos
- No final dos anos 70 existiam 500 000
- Chegam à Europa nos anos 60/70



- Na década de 70 eram estigmatizados
- Na década de 80 eram olhados com desconfiança
- Actualmente são considerados suplemento da assistência profissional

Isménia Gonçalves

01-05-2011

Maia, H. (2002)



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



APARECIMENTO DOS GRUPOS



Isménia Gonçalves

01-05-2011

(Pangrazzi, 2003, citado por Charepe, 2010)



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



► Porquê um Grupo de Ajuda Mútua?

- ✓ A ajuda mútua é um dos mais significativos movimentos sociais contemporâneos
- ✓ Ajuda interpessoal em grande expansão na actualidade

► Realidade da MAC:

- 🔗 Banco do Bebê/ Equipa de Apoio domiciliário
- 🔗 XXS

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



🔗 Grupo de Ajuda Mútua:

- ✓ Acção dos grupos de parceiros que partilham uma situação de vida com a qual se identificam
- ✓ Fundamenta-se na vivência subjectiva dos problemas de cada um dos membros, isto é, no conhecimento da experiência

(Borkman, 1991, citado por Monteiro, 1997)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



solidariedade

Grupo de Ajuda Mútua:

- ✓ Neste processo utiliza-se a **partilha como metodologia e o conhecimento da experiência como estratégia de intervenção**
- ✓ O paradigma da experiência, é o factor mais representativo da **cultura mutual**



(Borkman, 1991, citado por Monteiro, 1997)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



solidariedade

Objectivos do GAM:

- Formar e informar os pais, discutir os medos, ansiedade
- Partilhar experiências, expressar sentimentos e trocar experiências com **outros pais que vivenciam situações similares**



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



♥ “**AUTO-AJUDA**” – Princípio de ajuda a si mesmo, de não delegar nos outros e nos profissionais a finalidade de se sentir bem ...

♥ “**AJUDA MÚTUA**” – O ajudar reciprocamente a enfrentar e superar as crises da vida ...



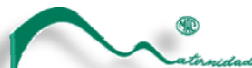
Pangrazzi, (2003) citado por Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



RELAÇÃO DE AJUDA

O A pessoa que ajuda

Dá prioridade máxima à pessoa que é ajudada, respeitando-a, escutando-a e apoiando-a com humanidade

Simões, J. F.F. L., et al , 2006

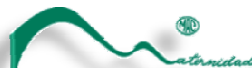


Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



RELAÇÃO DE AJUDA

O O ajudado, com o decurso da relação vai-se consciencializando da situação que o envolve, para desenvolver o processo de resolução do problema que o afecta

Simões, J. F.F. L., et al , 2006



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



RELAÇÃO DE AJUDA



○ Ambos os intervenientes desempenham papéis igualmente fulcrais:

- o que ajuda, pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento
- o que é ajudado, por ser portador do que é absolutamente essencial para o sucesso desta relação — **força interior**

Simões, J. F.F. L., et al , 200

isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Características do GAM:



- ✓ Estruturas relativamente pequenas
- ✓ Constituídas por pessoas que partilham um problema ou situação
- ✓ Reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade
- ✓ Orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das capacidades individuais...e **criação de recursos adequados**

(Maia et al,2002:9)

isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Características do GAM(cont):

- ✓ São liderados pelos seus próprios membros
- ✓ A participação no grupo é gratuita e voluntária
- ✓ As reuniões são semanais, quinzenais ou mensais
- ✓ A liderança é partilhada entre os seus elementos
- ✓ O sistema de decisão é democrático
- ✓ As regras de funcionamento do grupo são definidas por todos
- ✓ É mantida a confidencialidade



(Maia et al,2002:9)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



Tipos de GAM:

- Natureza predominantemente emocional (depressão)
- Natureza interpessoal (divórcio)
- Natureza social (desemprego)
- **Natureza física (doença crónica)**



(Maia, et al,2002:9)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



FINALIDADES DO GAM

♥ Apoio Emocional

Construção da confiança e experiência de ajuda mútua

♥ Apoio Social

Vínculos de solidariedade/Abertura de espaços de esperança

Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA - Finalidades



FINALIDADES DO GAM:

♥ Informação e Educação Específica

Modelos de esperança: imitar o exemplo de quem resolveu positivamente

♥ Potenciar a Capacidade de Enfrentamento

Ancoragem: não dar dependência, mas sim ajudar a recomeçar

Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



🍀 Benefícios dos GAM:

- Tomar conhecimento de sentimentos idênticos
- Comunicação horizontal (entre pares)
- Desenvolvimento de relações significativas / novas amizades
- Queda de defesas e barreiras psicológicas
- Aprendizagem de estratégias / soluções

Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



🍀 Benefícios dos GAM

- A crescente capacidade na adaptação às mudanças
- Desenvolvimento de habilidades pessoais e interpessoais
- Caminho para recuperar o sentido de vida
- Fortalecimento da auto-estima

Charepe, (2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



FUNÇÕES DO GAM:



- **Suporte Emocional** - Entreaajuda, estratégias de coping e mudança individual
- **Educacional** - Compreensão da problemática
- **Ação social ou aconselhamento** - Como o sistema trata ou vê a pessoa afectada pelo problema em questão

(Maia, et al,2002:9)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



REQUISITOS DO FACILITADOR



- ☺ Capacidade de criar clima acolhedor
- ☺ Empenho e dedicação ao grupo
- ☺ Compreensão dos objectivos
- ☺ Compreensão do seu papel no grupo
- ☺ Habilidade na escuta e interacção
- ☺ Respeito, abertura e tolerância

RISCOS A EVITAR



- ☹ Excessivo protagonismo
- ☹ Dominar ou manipular o grupo
- ☹ Recomendar fáceis soluções
- ☹ “Dependência psicológica” no grupo

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



PAPÉIS FUNCIONAIS DO FACILITADOR

INICIAR

- O encontro (reuniões)
- Utilizar palavras de “BOAS VINDAS”
- Realizar breve apresentação para ilustrar os objectivos e normas do grupo

INFORMAR

- Sobre os membros ausentes /novos
- Sobre actividades, iniciativas, cursos realizados ou programados de interesse grupal

COORDENAR

- Tema/temática
- Necessidades que surjam, facilitar a interacção favorecendo a participação e a integração dos membros

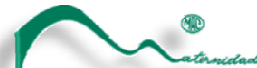
Isménia Gonçalves

01-05-2011

(Pangrazzi, 2003, citado por Charepe, 2010)



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



PAPÉIS FUNCIONAIS DO FACILITADOR

SINTETIZAR

- Sintetizar a partir da escuta das intervenções e das experiências, as indicações úteis

CONCLUIR

- Concluir o encontro respeitando o horário previsto, enunciando os próximos encontros

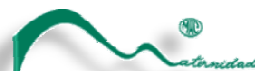
(Pangrazzi, 2003, citado por Charepe, 2010)

Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



REFLEXÃO

- ♦ Os **GAM** retomaram na comunidade algumas das funções que a **rede familiar, de amigos e vizinhos** assumiam e era tão importante no passado...
- ♦ Quanto melhor compreendermos as preocupações, as vivências, as formas de lidar com a situação destes pais, mais adequadamente lhes poderemos prestar apoio...



Isménia Gonçalves

01-05-2011



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA



REFLEXÃO

Um **GAM** é sobretudo, uma entidade com abertura, sem hierarquias, sem o receio de ferir poderes e saberes instituídos, onde se fala, se interroga, se inquieta, com discordâncias e harmonias...enfim um grupo que se escuta se apoia, se estrutura e se torna capaz de apoiar os elementos que o compõem...



Isménia Gonçalves

01-05-2011

BIBLIOGRAFIA

- *Barbosa, M. A. M., & Gomes, M. M. F. (2008). Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. Parte da dissertação de Mestrado "Compreendendo o mundo-vida da mãe com um filho deficiente", apresentado na Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP- São Paulo, Brasil, Acta Paul Enferm : 21(1): 46-52;*
- *Castro, E. K. ; Piccinini, C. A. (2002) .Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas - Psicologia: Reflexão e Crítica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil, 15(3), pp. 625-635;*
- *Carreiras, M. A. (2000). A criança com doença crônica, os pais e a equipa terapêutica. Instituto superior de psicologia aplicada. Lisboa. Análise psicológica, 3 (XVIII):277-280;*
- *CLOHERTY, John P.; EICHENWALD, Erie C.; STARK, Ann R. (2005). Manual de Neonatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A. 715 p. ISBN 85-277-1030-7;*
- *Fernandes, P. T. & Li, L. M. (2004). Formação de Grupos como Suporte Psicológico e Social na Epilepsia. Jornal da Epilepsia e Neurofisiologia Clínica, 10(3): 171-174*
- *Guimarães H., Tomé T., Virella D., & Mimoso., G., (2007). Nascer Prematuro. Um Manual para os Pais dos Bebês Prematuros (1ª ed.). Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, ISBN: 978-989-20-0952-0;*
- *Milbrath, V. M., & Siqueira, H. C. H. (2008). Ser mulher mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral. Acta Paul Enferm 21(3): 427-31;*
- *Monte, L.F.V., & Rosov, T, (2005). Displasia broncopulmonar. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 81, 99-110;*

Isménia Gonçalves

01-05-2011

BIBLIOGRAFIA

- *Tiensoli, L.O. & Colosimo, E. A. (2007). Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes. Rio de Janeiro. Trabalho apresentado à Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais, Cad. Saúde Pública vol.23 no.6*
- *Vieira, E. P. & Garcia, M. V.(2007).Ocorrências dos Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva Infantil num Decorrer de Quatro Anos em Um Programa de Triagem Auditiva Neonatal de Um Hospital Público. São Paulo. Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo. Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiológica. 12 (3): 214-20;*
- *Vieira, M. A. & Lima, R. A. G. (2002). CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÔNICA: CONVIVENDO COM MUDANÇAS. São Paulo . Rev Latino-am Enfermagem , Julho-Agosto; 10(4):552-60*
- *Rosa Maria Graziano1, Cléa Rodrigues Leone2 (2005). Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. Jornal de Pediatria. 0021-7557/05/81-01-Supl/S95*
- *Monteiro, F. J.(1997). Ajuda-mútua e reabilitação*
- *Simões, J. F.F. L.; Fonseca, M. J.; Belo, A. P. (2006) . Relação de ajuda: horizontes de existência, Revista Referência, IIª série, nº 3, Coimbra, ISSN: 0874-0283;*
- *Wong, I. (2006).Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora;*

Isménia Gonçalves

01-05-2011



PRIMEIRA REUNIÃO DE PAIS – GAM

DATA: 17/12/2010

LOCAL: Sala de Reuniões da UCN da MAC

HORA: 16.00H

PARTICIPANTES: Elementos de referência para a implementação do GAM e os pais de crianças com doença crónica, convidados a participar no grupo.

OBJECTIVOS:

- Apresentar o projecto
- Fazer formação sobre a temática
- Reflectir
- Partilhar experiências

PLANO DE TRABALHO:

- Apresentação dos elementos de referência do GAM
- Apresentação de proposta do GAM
- Formação sobre *“A Doença crónica e as implicações na família/GAM”*

ESQUEMA DE REUNIÃO:

- Introdução
- Contextualização
- Dar as boas vindas aos pais
- Apresentação dos elementos
- Apresentação do plano de trabalhos
- Partilha de experiências
- Como formar o GAM
- Calendarização

ANEXO XIX – Trabalho - “A Cultura Cigana”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE DE LISBOA

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

HOSPITAL Dr. FERNANDO DA FONSECA

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A CULTURA CIGANA



Isménia Gonçalves

Lisboa, Janeiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE DE LISBOA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

HOSPITAL Dr. FERNANDO DA FONSECA

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A CULTURA CIGANA

Discente:

- Isménia Gonçalves – nº 192009138

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular – **Estágio – Módulo III-
Urgência Pediátrica**

Docente: Enfermeira Mestre e Doutoranda Margarida Lourenço

Sob orientação da Enfermeira Especialista Patrícia Pedro

Lisboa, Janeiro de 2011

*“Ciganos. E mais uma vez a minha raiz humana estremeceu.
São eles que me dão sempre a medida absoluta da liberdade
que não tenho e porque suspiro.*

*Anarquistas em espírito e corpo, lembram-me príncipes do
nada, milionários do desinteresse, sacerdotes da preguiça,
ampulhetas obstinadas onde o tempo não se esgota”.*

Miguel Torga

ABREVIATURAS

Dr. – Doutor

Nº - Número

p. – página

pág. – página

ÍNDICE

	pág.
0 – INTRODUÇÃO	6
1 – ENFERMAGEM transcultural	8
2- ETNIA CIGANA	11
2.1 – Aspectos Históricos	11
2.2 – Cultura Cigana	12
3 – O enfermeiro em contexto da prática.....	16
4 – Mediação cultural para a etnicigana.....	17
5 - Conclusão	18
6 – Referências Bibliográficas.....	19

(ANEXO I)

(ANEXO II)

0 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho tem como finalidade dar cumprimento ao plano de estudos do 3º curso de Mestrado de Natureza Profissional e Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da unidade curricular Estágio, no âmbito do **Módulo III – Urgência Pediátrica** – na Urgência Pediátrica do Hospital Fernando da Fonseca, no período compreendido entre 3 a 28 de Janeiro de 2011.

Surge com a intenção de conhecer melhor a cultura cigana, nomeadamente a forma como os ciganos utilizam os serviços de saúde e as relações que estabelecem com os enfermeiros nesse contexto.

Pretende-se fazer uma reflexão acerca da envolvência do cuidar transcultural, sensível às necessidades individuais, familiares e de grupo, particularmente no domínio das relações interculturais, tendo por base de estudo a etnia cigana.

A cultura sobrevive através da transmissão de valores e costumes de geração em geração. É um processo dinâmico e continuado que se inicia na infância e se prolonga ao longo da vida. Existindo portanto uma variedade de expectativas, valores e crenças culturais relativamente aos cuidados de saúde (JEREMIAS, 2009). Para LEININGER (1995), não existe uma prática *standard* de enfermagem devido à *imensa* diversidade cultural e aos diferentes saberes dos cuidadores formais e informais.

Neste contexto exige-se congruência cultural nos cuidados de enfermagem. Para isso acontecer é necessário um conhecimento abrangente das diferentes culturas por parte dos profissionais de enfermagem.

Estruturou-se o trabalho em quatro partes: uma primeira em que se faz uma abordagem sobre a enfermagem transcultural, na perspectiva da teórica Madeleine Leininger. Na segunda parte, mencionam-se aspectos históricos significativos da etnia cigana, assim como a sua cultura e os seus costumes. Seguidamente faz-se referência ao papel do enfermeiro em contexto da prática, no que se refere à comunicação com os utentes de etnia cigana. E por último uma reflexão sobre a expressividade da mediação cultural na etnia cigana em Portugal.

Na elaboração deste trabalho, que se entende pertinente, pese embora subjectivo e enigmático, delinearam-se os seguintes objectivos:

- Dar resposta a uma das exigências da unidade curricular;
- Adquirir conhecimentos nesta área;
- Facultar informação a quem o consultar;
- Aplicar os conhecimentos adquiridos em contexto da prática;
- Servir de instrumento de avaliação para a Unidade Curricular Estágio – Módulo III – Urgência Pediátrica.

1– ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

As tradições, os valores e as crenças de cada indivíduo, ou grupo cultural, podem influenciar as suas concepções de saúde e doença, assim como a resposta às intervenções de enfermagem. É por esta razão que os enfermeiros têm que se preocupar em prestar cuidados individualizados e sensíveis, independentemente da cultura, de acordo com a sociedade actual, cada vez mais multicultural.

A Teórica Madeleine Leininger foi a fundadora da enfermagem transcultural e desenvolveu a teoria – **Cuidar cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade**. A referida teoria permite identificar as diferenças e as semelhanças na prestação de cuidados nas diferentes culturas do mundo e tem como objectivo fornecer conhecimentos capazes de proporcionar aos enfermeiros a capacidade de prestar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes.

As teorias da enfermagem são essenciais, não só para orientar a reflexão e a acção dos enfermeiros, mas sobretudo para desvendar fenómenos desconhecidos ou mal conhecidos, de forma a permitir o progresso da enfermagem enquanto conhecimento disciplinar e enquanto prática profissional apta a proporcionar unidades de saúde cada vez mais aperfeiçoadas, (LEININGER, 1998, p.32).

O objectivo da teoria é fornecer um cuidar culturalmente coerente e responsável que seja razoavelmente adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades da forma de estar de cada pessoa (WELCH, 2004, p. 569).

São vários os principais pressupostos que sustentam a teoria desenvolvida por Leininger, no entanto referem-se apenas os que parecem mais relevantes, para uma melhor compreensão dos aspectos multiculturais no cuidar, na etnia cigana:

- *O cuidar cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem.*
- *A enfermagem é uma disciplina e profissão humanística e científica de cuidar transcultural com o objectivo principal de servir os seres humanos por todo o mundo.*

- *Os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas por e tendem a estar englobadas na visão do mundo, na língua, no contexto religioso (ou espiritual), de parentesco (social), político (ou legal), educativo, económico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de uma cultura específica.*

- *Os clientes que passem pela experiência de um cuidar em enfermagem que não consiga ser razoavelmente congruente com as crenças, valores e modos de vida do cliente irá mostrar sinais de conflitos culturais, falta de condescendência, tensões e preocupações éticas ou morais (WELCH, 2004, p. 573).*

Segundo a mesma autora, uma previsão importante da sua teoria é que a saúde ou o bem-estar podem ser previstos a partir das dimensões epistémicas e ontológicas do cuidar cultural.

Entende-se como **cultura**, de acordo com RILEY (2004), as crenças, valores e estilos de vida aprendidos e partilhados, por um determinado grupo e que são geralmente transmitidos através de gerações, influenciando o pensamento e actuação.

Também RIBEIRO (1995) refere que, “**A cultura** molda assim as respostas humanas às situações de vida, incluindo as de saúde e de doença”. O mesmo autor considera ainda que, “a integração do conceito de cultura nos cuidados de enfermagem é indispensável para prestar cuidados que visem, não apenas a vida mas também o sentido de vida”.

Para LEININGER o cuidar culturalmente congruente é o que satisfaz os utentes e é uma poderosa força de cura para os cuidados de saúde de qualidade (WELCH, 2004).

Para cuidar com sensibilidade cultural, devemos valorizar a forma como as pessoas de culturas diferentes percebem os eventos da vida e os cuidados de saúde.

A comunicação é também um dos aspectos fundamentais no estabelecimento de relações no acto de cuidar. Para RAMOS (2001), a comunicação é um fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis as relações.

Por outro lado uma conduta etnocêntrica, que RILEY (2004), define como *“a tendência universal que todas as pessoas têm para pensar que a forma como pensam, actuam e se comportam é a única forma certa e natural”*, por vezes impede a percepção e descodificação da diferença de comportamentos, atendendo a quadros de referência culturalmente distintos. Os técnicos de saúde devem compreender que os seus padrões de cultura não são necessariamente os melhores para os utentes, que possuem também uma herança cultural.

O desempenho do enfermeiro deve também estar de acordo com a Lei e responder adequadamente ao proposto pela Ordem dos Enfermeiros que no seu Artigo 81, nas alíneas a e f onde respectivamente, refere que, *“o enfermeiro [...] assume o dever de, cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; e respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”*.

2 – A ETNIA CIGANA

No que se refere à história da etnia cigana, a origem do seu povo permanece indefinida, muito provavelmente por se tratar de uma cultura agraça. Não são conhecidos documentos que tenham sido escritos por eles.

2.1 – ASPECTOS HISTÓRICOS

Hoje sabe-se fundamentado em dados históricos e linguísticos, que não têm a sua origem no Egito, como se pensou durante algum tempo, e apesar das designações de *Gypsies*, *gitanos*, *Tsignnes*, *zingaros* e mesmo tendo permanecido um longo tempo nas margens do Nilo; mas sim no Norte da Índia, no século IV. Existem grandes semelhanças entre os ciganos e os indianos no que se refere à língua, ao aspecto físico, nos grupos sanguíneos, na música, na dança, na cultura e nas tradições orais. A emigração deste povo terá começado pelo ano de 1192, por causas desconhecidas (FIGUEIREDO, 1999, p.324). Existiram duas grandes vagas de migrações ciganas: os ROM e os MANUCH que permaneceram nómadas, e os GITANOS, expressão utilizada para referir os ciganos que se sedentarizaram em Portugal e em Espanha (CUNHA 2001, p.36).

O aparecimento dos ciganos na Europa data do ano de 1390, (Jeremias 2009, p.186). A primeira referência aos ciganos em Portugal parece ser a do Cancioneiro Geral de Garcia de Resende, em 1516, (FIGUEIREDO, 1999, p.325).

O passado dos ciganos é no entanto carregado de aspectos por vezes brutais, como relata FRASER (1997), *“A partir de 1550, começaram a ser banidos de todas as terras por onde passavam e já nem os salvo-condutos passados pelo Papa (que na verdade eram forjados) lhes valiam”*.

“Na Idade Média eram caçados como animais e, nalguns locais foram considerados escravos até meados do século XIX [...] havia na Europa suspeita, preconceitos e ódio para com os ciganos, surge legislação que os proibia de parar e comprar alimentos, o que os obrigou a roubar para sobreviver. Os boatos começaram a circular e foram interiorizados, mantendo-se presentes até à época actual” FERNANDES (2001). Sustenta ainda FERNANDES (2001) que, em 1725, nos Países Baixos, *“A dez Ciganos*

semi-estrangulados, ser-lhes-ia aplicado ainda o sacrifício da roda e depois decapitados e as suas cabeças expostas para exemplo. [...] Os filhos eram obrigados a assistir ao suplício dos pais, findo o qual lhes era dada uma lição de moral”.

Muito embora tivesse havido uma evolução social da Europa e do Mundo Ocidental, a perseguição, a tortura e a marginalização dos ciganos, manteve-se.

Em Portugal os ciganos foram quase sempre rejeitados, vistos como desordeiros e geradores de conflitos. Já em 1526 houve um pedido apresentado pelas Cortes de Évora que determinava a proibição de entrada em território Português de ciganos e de expulsão dos que por cá fossem encontrados (CUNHA, 2001, p.36). Um processo de exclusão, que não termina até aos dias de hoje.

Com o holocausto nazi, Já no século XX, os ciganos voltaram a sofrer uma tentativa de extermínio, *“judeus e ciganos eram de facto os dois únicos grupos étnicos designados para aniquilação pela ideologia nacional-socialista”* (FRASER, 1998).

Também em Portugal os ciganos foram vistos com desconfiança e medo.

Actualmente, segundo a Comissão Europeia Contra o Racismo e a Intolerância, estima-se que a totalidade das comunidades ciganas em Portugal seja constituída por cerca de 50 000 a 90 000 indivíduos (JEREMIAS, 2009).

2.2 – CULTURA CIGANA

Os costumes e tradições da cultura cigana foram-se fortalecendo na sua longa viagem pelo mundo e deram lugar a uma identidade própria e a uma cultura diferente de todos os povos por onde passavam.

O cigano só se sente cigano no seu clã, não consegue viver isolado. Esse clã por vezes encontra-se espalhado por diversas terras, mas a união mantém-se. Não se trata de uma questão geográfica, mas humana. A sua regra de vida é o descanso, só trabalha para comer e para sobreviver. Todos os membros da família trabalham de acordo com as suas capacidades. A mulher é na maior parte das vezes a responsável pelo sustento da família (FIGUEIREDO, 1999, p.330).

Os Grupos, de acordo com FERNANDES (2002), estão divididos em três:

- I. Os **Rom**, que se dissociam em vários subgrupos de acordo com as ocupações “Kalderash” (caldeireiros); “Lowara” (criadores ou negociantes de equídeos); “Tshurara” (peneireiros); “Boiash” ou “Ursai” (exibidores de ursos e outros animais amestrados); “Aurari” (Apanhadores de palhetas de ouro) e “Matsvaia” (Detentores de circos ou pistas de carros).
- II. Os **Manush** ou **Sinthe**, que se ocupam como músicos, saltimbancos e dançarinos.
- III. Os **Gitanos (Egitanos)**, grupo que se fixou mais cedo na Península Ibérica e que provinham da Grécia.

A família constitui a unidade na organização social: a nível económico, educativo, de segurança e protecção. De uma maneira geral, a família cigana é alargada e numerosa. O conceito de família para o cigano é amplo e abrange todos os familiares, filhos, netos, avós, bisavós, tios e primos. A família é um todo, um conjunto de membros solidários face a outras famílias. Na cultura cigana não há chefes eleitos, a autoridade provém dos anciões, que são pessoas de idade escolhidas pelas suas qualidades e respeito de que são merecedores. São a eles que pedem conselhos e que recorrem quando existem conflitos (JEREMIAS, 2009, p.188).

O Casamento não dá início à família, este constitui apenas a passagem do rapaz ao estado de adulto e a rapariga passa a pertencer à família do marido. Esta celebração é considerada um evento social importante, dura vários dias e ajuda as famílias a expressarem o prazer que sentem em se encontrarem. É o sinal de consentimento da comunidade a uma união consagrada. A noiva que passa a viver em casa da sogra só é considerada verdadeiramente mulher quando tiver o primeiro filho (NUNES, 1996).

O nascimento dos filhos na família cigana é um acontecimento muito importante. As crianças são um elemento de consolidação dos laços familiares. Os rapazes são mais desejados, uma vez que perpetuam a família. As raparigas quando casam deixam a família de origem e vão morar com os sogros. Um chefe de família com muitos filhos é factor de prestígio e consideração por parte do clã. Um cigano pai de muitos filhos é

considerado rico (JEREMIAS, 2009, p.188). Em algumas situações é a sogra que cuida do primeiro filho do casal, para ensinar a nora.

Às crianças é atribuído um estatuto de importância muito elevada no seio familiar. Raramente os pais os castigam e presenteiam-nos com tudo aquilo que os possa fazer felizes, dentro das suas possibilidades. Como ilustra um texto proporcionado por Nunes (1996): *“nada negamos aos nossos filhos que possa dar-lhes alguma felicidade”*.

A educação das crianças é geralmente assegurada por todo o grupo, mas a nível familiar esta responsabilidade é atribuída à mãe. Os filhos rapazes trabalham com o pai e aprendem as responsabilidades comerciais. As raparigas aprendem com a mãe a preparação das refeições e a vigiar as crianças mais pequenas. A escola, como elemento de educação exterior é geralmente perturbadora e poderá desviar as crianças das suas tradições e costumes, especialmente as raparigas (JEREMIAS 2009).

A relação dos ciganos com a escola e desta com eles parece-me ter melhorado, mas ainda não tanto quanto era desejado. Como afirma FERNANDES (2001), a escola afasta os filhos dos pais durante muito tempo, aproxima demasiado os rapazes das raparigas sem o controlo dos adultos e introduz novos valores quer através do que se ensina quer através do contacto com outras crianças não ciganas. Todos estes aspectos são um risco elevado, para os valores, a cultura e a tradição cigana.

O Trabalho também é feito em prol da família. Ganham para o dia adia, na venda ambulante de roupas e outros artigos. Só se preocupam em juntar dinheiro quando é necessário realizar algo muito importante, como o dote de uma das filhas, um casamento ou um funeral.

A saúde para os ciganos representa a ausência de doença, e a doença é considerada uma situação de “incapacidade” facilmente relacionada com a morte. Crêem que boa saúde é uma questão de “destino”, de “sorte” e não se previne. A responsabilidade com a saúde consiste em tratar-se quando se adocece e não em ir ao médico quando se está bem (SUTHERLAND, in SILVA, 2001, citado por JEREMIAS, 2009, p.190).

Para os ciganos a palavra prevenir não tem significado, e estabelecem uma relação directa entre a doença e a morte. É portanto muito difícil fazer-lhes compreender a

necessidade da promoção da saúde. No momento do internamento, que é sinónimo de sofrimento, todos os elementos da família se juntam para dar apoio ao doente, um ente hospitalizado faz mobilizar toda a família (FERNANDES, 2000, p.74).

3 – O ENFERMEIRO EM CONTEXTO DA PRÁTICA

Sendo a união familiar, uma característica fundamental do povo cigano, durante o acompanhamento destas famílias o enfermeiro terá essa coesão como uma ferramenta integradora no acto de cuidar (CUNHA, 2001, p.37).

Na comunidade cigana a saúde representa ausência de doença, sendo uma questão de sorte. Assim a prevenção da doença e a promoção da saúde são conceitos incompreendidos, razão pela qual a comunidade cigana só recorre aos serviços de saúde em situações de crise. Atribuem grande importância às artes mágicas e têm uma forte crença no “mau olhado” e no “mal da inveja”. Geralmente as crianças trazem junto ao corpo amuletos de protecção (JEREMIAS, 2009, p.190). Devido a estes factos algumas mães ciganas entram em pânico e reagem de forma desordeira quando está em risco a saúde dos seus filhos.

Motivados pela sua cultura de recurso aos cuidados de saúde apenas em momentos de crise, é por vezes difícil no serviço de urgência, assimilarem as regras, pelo que tudo terá que ser feito com calma e solidez, sempre atendendo à especificidade cultural e demonstrando compreensão e empatia. Utilizando os conhecimentos acerca da cultura que os caracteriza, o enfermeiro deverá informar os pais dos benefícios dos tratamentos para os seus filhos. Devido à conotação extremamente negativa que os ciganos atribuem à doença, ficarão assim mais sensíveis aos seus benefícios.

Uma vez que na comunidade cigana o patriarca é quem tem o poder de decisão, este deve ser incluído no plano de cuidados e dever-lhe-á ser fornecida toda a informação possível para uma tomada de decisão acerca da nossa intervenção como enfermeiros de referência da criança/família. A inclusão do patriarca irá diminuir o *stress* no seio familiar perante a criança doente, que requer cuidados especiais.

4 – MEDIAÇÃO CULTURAL PARA A ETNIACIGANA

É sempre notável quando são tomadas medidas por parte do estado que denotem interesse em desenvolver estratégias que facilitem de forma igualitária, o acesso aos diferentes serviços de saúde, no respeito pelo diálogo intercultural e pela coesão social, da comunidade imigrante e minorias étnicas em Portugal. Congratula-me perceber que houve um esforço no sentido da intolerância dar lugar à tomada de consciência das diferenças culturais. É positivo para todos.

Como se pode ler no nº 1, do Artigo 1º da Lei nº 105/2001: *“É criada a figura de mediador sócio-cultural, que tem por função colaborar na integração de imigrantes e minorias étnicas, na perspectiva do reforço do diálogo intercultural e da coesão social.”* Refere ainda no nº2, que: *“Os mediadores socio-culturais exercem as respectivas funções, designadamente, em [...] instituições de saúde [...] em que o exercício das suas funções se vier a revelar necessário”* (ver anexo I).

A mediação cultural para a etnia cigana nas Instituições de Saúde em Portugal, não tem ainda muita expressividade, mas onde essa prática já existe, os resultados têm sido muito positivos.

Neste âmbito e no sentido de reunir mais informação, solicitou-se a colaboração do único mediador a trabalhar num hospital em Portugal, que foi de imediato aceite, respondendo a um formulário e dando todas as informações que entendeu úteis, com o intuito de poder ajudar (Anexo II).

Gostaria ainda deixar como sugestão aos enfermeiros, **uma reflexão sobre a possibilidade de apresentar um projecto neste sentido, no Hospital Fernando da Fonseca...**

5 – CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa bibliográfica que serviu de base a este documento, parece-me que por razões que a história não deixa apagar, os ciganos têm provavelmente motivos para se terem mantido em torno da sua cultura, fechados no seu meio, sem nunca se deixarem influenciar por quaisquer outras culturas dos povos onde se fixaram... Desenvolveram estratégias que lhes serviram de “*escudo*” para resistirem à escorraça, à tentativa de extermínio, de exclusão e à crítica constante. O mundo evoluiu, é um facto, mas com certeza no que diz respeito à cultura cigana será necessário perceber onde começa a diferença e acaba a indiferença!...

Madeleine Leininger, que concebeu a Teoria da Diversidade do Cuidar Cultural, refere que, a cultura, são os modos de vida uniformizados e valorizados das pessoas que influenciam as suas decisões e acções. Esta Teoria é dirigida aos enfermeiros para que com a ética apropriada (conhecimento profissional), sirva de referência para tomarem decisões e praticarem acções profissionais e culturalmente congruentes (WELCH, 2004).

O contexto cultural das crianças/famílias preocupa-nos como enfermeiros especialistas na medida em que para exercer a prática com sensibilidade cultural, devemos valorizar a forma como as pessoas de culturas diferentes percebem os eventos da vida e os cuidados de saúde.

A execução deste trabalho facilitou a aquisição competências para o cuidar transcultural na etnia cigana, assim como permitiu perceber a importância da reflexão da prática de enfermagem como ferramenta de aperfeiçoamento das nossas atitudes e tomadas de decisão, com base na evidência científica.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRADAS, A. M. C. R.; PEREIRA, M. A.; RODRIGUES, J. P. V.; (2009). O cuidar Multicultural como estratégia no futuro. Nursing Lisboa. ISSN 0871-6196 nº252 (Dezembro), p. 8-13;
- CUNHA, S. R. P. (2001). A Comunidade Cigana e a Saúde. Referência. Coimbra. ISSN 0874.0283. n.º 7 (Novembro), p.35-42;
- FERNANDES, J. J. S. (2000). O Doente de Etnia Cigana. Lisboa: Gráfica.193 p. ISBN 972-98149-4-5;
- FIGUEIREDO, F. (1999). Os ciganos em Portugal, direito à diferença. Communio. [s.l.]. n.º 4 (Junho/Agosto), p. 320-331;
- FRASER, A. (1998). História do Povo Cigano. Lisboa, Editorial Teorema;
- JEREMIAS, C. (2009). Diversidade Cultural nos Primeiros Anos de Vida: Um Olhar pelas Culturas cigana, Indu e Islâmica in LOPES, José Carlos dos Reis [et al]- Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência. 272p. ISBN 978-972-8930-45-5;
- LEININGER, M. (1998). Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. Enfermagem. [s.l.]. n.º 10 (Abril/Junho), p.32-36;
- WELCH, A. Z. (2004). Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade in TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Loures: Lusociência. 750p. ISBN 972-8383-74-6;
- RAMOS, N. (2001) Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma Comunicação Intercultural. Revista Portuguesa de Pedagogia;
- RIBEIRO, L. (1995). Cuidar e Tratar – Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-moral. Coleção Educa – Formação, Lisboa: SEP.ISBN 972-8036-11-6;
- RILEY, J. (2006). Comunicação em enfermagem. Loures: Lusociência;

ANEXO XX – Relatório da Formação “A Cultura Cigana”



URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A CULTURA CIGANA

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



ISMÊNIA GONÇALVES

Mestrado de natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - ICS

Lisboa, Janeiro de 2011

No sentido de dar resposta a uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem DA Urgência Pediátrica do HFF, comunicada pela enfermeira orientadora, enfermeiro coordenador e equipa, decidiu-se realizar uma acção de formação sobre a temática: “A Cultura Cigana”. A formação contemplará ainda a mediação cultural para a etnia cigana e alguns aspectos significativos das várias religiões.

Desejamos contribuir para:

- A melhoria da qualidade dos cuidados
- Aquisição de conhecimentos e competências nesta área
- Esclarecer dúvidas
- Desmistificar crenças em relação à cultura cigana
- Partilha de experiências e reflexão
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados – Com a elaboração de **um trabalho escrito sobre a Cultura Cigana; com a elaboração de um livro de bolso sobre os aspectos mais significativos das várias religiões e ainda reflectir em equipa sobre a mediação cultural para a etnia cigana.**

Formação em Contexto de trabalho

A formação é uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados. Esta apresenta-se como um excelente meio de desenvolvimento de potencialidades por parte de quem a experiencia, habilitando-nos a ser profissionais com capacidade crítica para poder transformar positivamente os nossos contextos de trabalho (LUZ, 2008).

A formação deve ser contínua ao longo do nosso percurso profissional para que possamos estar à altura de todas as solicitações e desafios que nos vão surgindo e actualizarmo-nos neste mundo que rapidamente se vai mudando tornando uma verdade hoje, mentira amanhã.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro especialista fomentar a formação contínua nos seus pares, promovendo acções de formações para a

sensibilização de temáticas que vão de encontro ao interesse e necessidades sentidas pelos enfermeiros nos locais onde se encontram (OLIVEIRA, 2009). Como tal, considerámos de extrema importância que durante o estágio na UP do HFF, não só como aluna de enfermagem do Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria mas também enquanto enfermeira de uma Unidade de Neonatologia, multicultural, onde recebemos crianças de etnia cigana, partilhar com a equipa de enfermagem a minha experiência e contribuir para a reflexão em contexto de trabalho nesta área temática com a qual lido diariamente.

Para a concretização desta acção de formação foram definidos os seguintes objectivos gerais e específicos:

Objectivo Geral

☒ Reflectir sobre a cultura cigana e as suas implicações no processo de cuidar;

Objectivo Específicos

⇒ Contribuir para consolidação de conhecimentos sobre a temática apresentada;

⇒ Partilhar experiências profissionais;

⇒ Reflectir sobre as estratégias para minimizar conflitos no processo de cuidar;

Destinatários: Enfermeiros da Urgência Pediátrica do HFF

LOCAL: Sala de Enfermagem da Urgência Pediátrica

DIAS: 24/01/11 às 08.00h

25/01/11 às 15.00h

26/01/11 às 08.00h

Hora: 8h.30 min.

Local: Sala de Enfermagem da Urgência Pediátrica do HFF

Avaliação

Dos 25 enfermeiros que desempenham funções na UP do HFF, 17 assistiram aos vários momentos de formação.

No final da sessão foram entregues questionários de avaliação sendo que os itens que compunham o instrumento de avaliação foram na sua totalidade satisfatórios.

Foram incluídos no questionário de avaliação os seguintes itens:

ESCALA DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4
ITENS AVALIADOS				
Objectivos da acção			2	15
Conteúdos da acção			1	16
A formação proporcionou novos conhecimentos			0	17
Grau de Satisfação			1	16
Utilização de suportes/ documentos/meios audiovisuais			1	16
Duração da acção de Formação			0	17

Segundo o que me foi possível auscultar, de uma forma mais informal, junto daqueles que participaram na formação, todos consideraram uma mais-valia, uma vez que lhes permitiu aprofundar conhecimentos na área e no futuro intervir mais adequadamente em situações conflituosas com os utentes de etnia cigana.

PLANO DE SESSÃO

Escola: Universidade Católica Portuguesa		Hospital Dr Fernando Fonseca EPE		
Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria		Urgência Pediátrica		
Formadora: Isménia Gonçalves		FORMAÇÃO: "A Cultura cigana"		
Conteúdos	Objectivos Pedagógicos	Estratégias Pedagógicas / Actividades Pedagógicas	Tempo	Avaliação
• Apresentação da Formadora e da formação; • Conteúdos da formação; • Pressupostos básicos da <i>Cultura Cigana: Implicações no processo de cuidar</i> • desenvolvimento do tema; • Avaliação dos formandos; • Avaliação da formação.	• Criar uma relação empática entre formadora e formandos e vice-versa; • Dar conhecimento dos conteúdos da formação; • Sensibilizar os formandos para a importância do tema e transmitir de forma simples os conteúdos; • Perceber se os formandos compreenderam a informação • Avaliar se os objectivos foram atingidos	• Apresentação da formadora explicando as razões que a levaram a desenvolver este tema; • Apresentação dos conteúdos a desenvolver no decorrer da formação; • Partilhar experiências e permitir e incentivar que os formandos a expressar as suas opiniões e experiências relacionadas com o tema; • Perguntas simples de resposta rápida (Verdadeiras ou Falsas); • Fornecer uma escala numérica para avaliar a formação	• 1 min. • 2 min. • 35 min. • 1 min. • 1 min.	

Assinatura do(a) Formador(a) _____ Janeiro de 2011

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - “A CULTURA CIGANA”

1. Considera a escolha desta temática importante para a melhoria dos cuidados à criança/família de etnia cigana?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Considera que os conteúdos foram transmitidos de forma clara?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. Considera que a formação transmitiu novos conhecimentos?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Como avalia esta acção de formação?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Como avalia a utilização de suportes e meios audiovisuais?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Legenda:

1 – Muito Fraco; 2 – Fraco; 3 – Médio; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria – ICS
– Universidade Católica Portuguesa

Janeiro, 2011

AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS NA FORMAÇÃO - “A CULTURA CIGANA”

Indique se as seguintes afirmações são verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. As tradições, os valores e as crenças influenciam as concepções de saúde/doença e a resposta às intervenções de enfermagem. ____
2. O Etnocentrismo é a tendência Universal que todas as pessoas têm para pensar que a forma como pensam, actuam e se comportam, é a única forma certa e natural. ____
3. Os ciganos na sua longa viagem pelo Mundo, foram sempre bem recebidos, por todos os povos. ____
4. Na cultura cigana, as raparigas são mais desejadas que os rapazes, uma vez que perpetuam a família. ____

Grata pela colaboração:

Isménia Gonçalves

Aluna do Curso de Mestrado e Especialização Saúde Infantil e Pediatria –
ICS – Universidade Católica Portuguesa

Janeiro, 2011

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO



URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A CULTURA CIGANA

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- Enfermagem transcultural
- A Etnia Cigana:
 - Aspectos Históricos
 - A cultura Cigana
- Cuidar do Utente de Etnia Cigana

LOCAL: Sala de Enfermagem da Urgência Pediátrica

DIAS: 24/01/11 às 08.00h

25/01/11 às 15.00h

26/01/11 às 08.00h



FORMADORA: Isménia Gonçalves (Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria – UCP)

ORIENTADORA – Enf^a Especialista Patrícia Pedro

Lisboa, Janeiro de 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA



A CULTURA CIGANA

Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria

Aluna: Ismênia Gonçalves

Orientação: Enf^{te} Especialista Patrícia Pedro

Lisboa, Janeiro de 2011

“A CULTURA CIGANA”



Porquê este tema?

- ▶ Dos utentes que recorrem à UP, a Etnia Cigana represente uma parte significativa;
- ▶ Com alguma frequência, não aceitam de bom grado as regras estabelecidas;
- ▶ Reflectir sobre as estratégias a adoptar, para minimizar o problema.

“A CULTURA CIGANA”



Objectivo Geral:

- Reflectir sobre a Cultura Cigana e as suas implicações no processo de cuidar

Objectivos Específicos:

- Partilha de experiências
- Que no final da sessão referenciem alguns dos aspectos mais significativos desta cultura

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”



ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

Para LEININGER o cuidar culturalmente congruente é o que satisfaz os utentes e é uma poderosa força de cura para os cuidados de saúde de qualidade

(WELCH, 2004)

- ♦ Tradições
- ♦ Valores
- ♦ Crenças

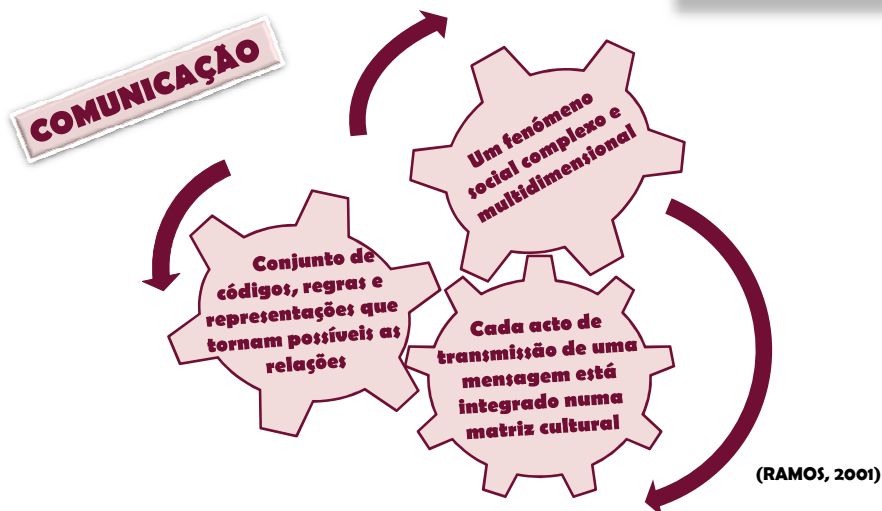


- ▶ Concepções de saúde/doença
- ▶ Resposta às intervenções de enfermagem

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”



01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”



CONCEITOS Cultura Minoria Étnica Etnocentrismo Etnia

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”



Cultura

- ✓ “... molda assim as respostas humanas às situações de vida, incluindo as de saúde e de doença”.
- ✓ “a integração do conceito de **cultura** nos cuidados de enfermagem é indispensável para prestar cuidados que visem, não apenas a vida mas também o sentido de vida”.



(RIBEIRO, 1995)

01-05-2011

Ismênia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”



Etnia

Identidade social de um grupo devido, em grande parte, à língua, religião e origem



(Riley, 2004)

01-05-2011

Ismênia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”



Minoria Étnica

Grupo minoritário identificado geralmente, através de certos traços socialmente visíveis ou detectáveis (cor da pele, religião, linguagem). Possuem um forte sentido de solidariedade grupal e pertença identitária



(Wong 2006)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”



Etnocentrismo

Tendência universal que todas as pessoas têm para pensar que a forma como **pensam**, actuam e se comportam é a única forma certa e natural

(Riley, 2004)



Os técnicos de saúde devem compreender que os seus padrões de cultura não são necessariamente os melhores para os utentes, que possuem também uma herança cultural

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Origem

Não é o Egito, como se pensou durante algum tempo, e apesar das designações de *Gypsies*, *gitanos*, *Tsignnes*,; mas sim no **Norte da Índia**, no século IV



(FIGUEIREDO 1999)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Europa

♦ Desde 1390 (JEREMIAS, 2009)

Portugal

♦ A primeira referência aos ciganos é do Cancioneiro Geral de Garcia de Resende - 1516



(FIGUEIREDO, 1999)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Passado ...

“A partir de 1550, começaram a ser banidos de todas as terras por onde passavam e já nem os salvo-condutos passados pelo Papa (que na verdade eram forjados) lhes valiam”.



(FRASER, 1997)

01-05-2011

Ismênia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Passado ...

► *“Na Idade Média eram caçados como animais e, nalguns locais foram considerados escravos até meados do século XIX [...] havia na Europa suspeita, preconceitos e ódio para com os ciganos”*

► *“surge legislação que os proibia de parar e comprar alimentos, o que os obrigou a roubar para sobreviver...”*

(FERNANDES, 2001)

01-05-2011

Ismênia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Passado ...

► 1725, nos Países Baixos, *“A dez Ciganos semi-estrangulados, ser-lhes-ia aplicado ainda o sacrifício da roda e depois decapitados e as suas cabeças expostas para exemplo. [...] Os filhos eram obrigados a assistir ao suplício dos pais, findo o qual lhes era dada uma lição de moral”*



(FERNANDES, 2001)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Passado ... em 1526 em Portugal

► Houve um pedido apresentado pelas cortes de Évora que determinava a proibição de entrada em território Português de ciganos

► Expulsão dos que por cá fossem encontrados

(CUNHA 2001, p.36).

Um processo de exclusão, que não termina até aos dias de hoje...

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Com o holocausto nazi - século XX

► *“judeus e ciganos eram de facto os dois únicos grupos étnicos designados para aniquilação pela ideologia nacional-socialista”*

(FRASER, 1998)



01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



Actualmente ... em Portugal

► Segundo a Comissão Europeia Contra o Racismo e a Intolerância - comunidade cigana em Portugal seja constituída por cerca de 50 000 a 90 000 indivíduos



(JEREMIAS, 2009)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - Costumes e Tradições...



- ▶ longa viagem pelo mundo...
- ▶ Identidade própria
- ▶ Cultura diferente de todos os povos onde passavam

(JEREMIAS, 2009)



01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - Costumes e Tradições...



- ▶ O cigano só se sente cigano no seu clã, não consegue viver isolado...
- ▶ A sua regra de vida é o descanso, só trabalha para comer e para sobreviver...
- ▶ A mulher é na maior parte das vezes a responsável pelo sustento da família

(FIGUEIREDO, 1999)



01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - Os Grupos



OS ROM - “Kalderash” (caldeireiros); “Lowara” (criadores ou negociantes de equídeos); “Tshurara” (peneireiros); “Boiash” ou “Ursai” (exibidores de ursos e outros animais amestrados); “Aurari” (Apanhadores de palhetas de ouro) e “Matsvaia” (Detentores de circos ou pistas de carros)



Os **Manush** ou **Sinthei**, que se ocupam como músicos, saltimbancos e dançarinos



Guitanos - fixaram mais cedo na Península Ibérica e que provinham da Grécia

01-05-2011

(FERNANDES, 2002)

“A CULTURA CIGANA” - A Família



01-05-2011

Isménia Gonçalves

(JEREMIAS, 2009)

“A CULTURA CIGANA” - A Família



01-05-2011

Isménia Gonçalves

(JEREMIAS, 2009)

“A CULTURA CIGANA” - O Casamento



- ▶ Não dá início à família
- ▶ Constitui apenas a passagem do rapaz ao estado de adulto e a rapariga passa a pertencer à família do marido



(NUNES, 1996)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - O Casamento



► Esta celebração é considerada um evento social importante

► Dura vários dias e ajuda as famílias a expressarem o prazer que sentem em se encontrarem



(NUNES, 1996)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - O Casamento



► É o sinal de consentimento da comunidade a uma união consagrada

► A noiva só é considerada verdadeiramente mulher quando tiver o primeiro filho



(NUNES, 1996)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - Os filhos...



- ▶ O nascimento dos filhos é um acontecimento muito importante
- ▶ Um chefe de família com muitos filhos é factor de prestígio e consideração por parte do clã



(JEREMIAS, 2009)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - Os filhos...



- ▶ Os rapazes são mais desejados, uma vez que perpetuam a família
- ▶ As raparigas quando casam deixam a família de origem e vão morar com os sogros



(JEREMIAS, 2009)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - A Educação das Crianças...



► Raramente os pais os castigam e presenteiam-nos com tudo aquilo que os possa fazer felizes



► Nunes (1996): *“nada negamos aos nossos filhos que possa dar-lhes alguma felicidade”*



(Nunes, 1996)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - A Educação das Crianças...



► A nível familiar esta responsabilidade é atribuída à mãe

► A escola, como elemento de educação exterior é perturbadora e poderá desviar as crianças das suas tradições e costumes, especialmente as raparigas



(JREEMIAS, 2009)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” - A Educação das Crianças...



- ▶ A escola afasta os filhos dos pais durante muito tempo
- ▶ Aproxima demasiado os rapazes das raparigas sem o controlo dos adultos
- ▶ Introduce novos valores



(JEREMIAS, 2009)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” – A Saúde



- ▶ A saúde representa a ausência de doença
- ▶ Doença é facilmente relacionada com a morte
- ▶ Crêem que boa saúde é uma questão de “destino”, de “sorte” e não se previne



(Sutherland, in Silva, 2001, citado por JEREMIAS, 2009)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” – A Saúde



- ▶ No momento do internamento, todos os elementos da família se juntam para dar apoio ao doente
- ▶ Um ente hospitalizado faz mobilizar toda a família...



(FERNANDES, 2000)

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” – Mediadores Culturais...



- ▶ A Mediação Cultural na etnia cigana tem pouca expressividade em Portugal
- ▶ Lei nº 105/2001 – Estabelece o estatuto legal do mediador socio-cultural
- ▶ “... colaborar na integração de imigrantes e minorias étnicas, na perspectiva do reforço do diálogo intercultural e da coesão social”.

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” – Mediadores Culturais...



► Portugal - Mediação Instituições de Saúde - Hospital D. Estefânia (desde 2003):

☺ - Protocolo com escolas técnico profissionais – recebem alunos em estágio

☺ - A Enfª responsável refere: *“Apesar de não termos a categoria de mediador cultural, percebi logo que seria uma ótima contratação...”*

☺ - As intervenções da polícia deram lugar à mediação cultural

01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” – Sugestões....“minimizar conflitos”...



► Seremos cordiais (mesmo que eles sejam agressivos)...

► Não “impor regras”.... Fazê-los cumprir mas apelando ao bem estar dos filhos...

► Falar-lhes sempre em tom baixo (mesmo que falem alto para nós)...



01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” – Sugestões....“minimizar conflitos”...



- ▶ **Atitude conciliadora –
Também para nossa protecção!**
- ▶ **Incluir sempre que possível o
patriarca/matriarca (ancião do
clã) no processo...**
- ▶ **Expressão facial (“olhar o outro
nos olhos” sempre que falemos
com ele)....**



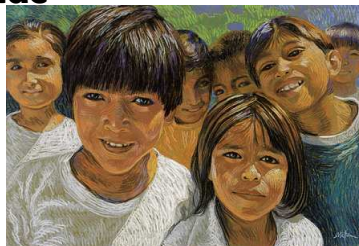
01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” – Conclusão



- ▶ **O contexto cultural das crianças/famílias ciganas
preocupa-nos como enfermeiros na medida em que
para exercer a prática com sensibilidade cultural,
devemos valorizar a forma como as pessoas de
culturas diferentes percebem os eventos da vida e os
cuidados de saúde**



01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA” Reflexão



“Ciganos. E mais uma vez a minha raiz humana estremeceu.

*São eles que me dão sempre a medida absoluta da liberdade que
não tenho e porque suspiro.*

*Anarquistas em espírito e corpo, lembram-me
príncipes do nada, milionários do desinteresse,
sacerdotes da preguiça, ampulhetas obstinadas onde o tempo não
se esgota”.*



01-05-2011

Isménia Gonçalves

Miguel Torga

Obrigada Pela Atenção



01-05-2011

Isménia Gonçalves

“A CULTURA CIGANA”- Aspectos Históricos



BIBLIOGRAFIA

- BARRADAS, Alexandra Maria Carapito Ramos; PEREIRA, Maria Adelaide; RODRIGUES, João Paulo Vieira – O cuidar Multicultural como estratégia no futuro. Nursing Lisboa. ISSN 0871-6196 nº252 (Dezembro 2009), p. 8-13;
- CUNHA, S. R. P. (2001) .A Comunidade Cigana e a Saúde. Referência. Coimbra. ISSN 0874.0283. n.º 7 (Novembro), p.35-42;
- FERNANDES, J. J. S. (2000) .O Doente de Etnia Cigana. Lisboa: Gráfica.193 p. ISBN 972-98149-4-5;
- FIGUEIREDO, F. (1999) .Os ciganos em Portugal, direito à diferença. Communio. [s.l.]. n.º 4 (Junho/Agosto), p. 320-331;
- FRASER, A. (1998). História do Povo Cigano. Lisboa, Editorial Teorema;
- JEREMIAS, C. (2009). Diversidade Cultural nos Primeiros Anos de Vida: Um Olhar pelas Culturas cigana, Indu e Islâmica in LOPES, José Carlos dos Reis [et al]- Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência. 272p. ISBN 978-972-8930-45-5;
- LEININGER, M. (1998). Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. Enfermagem. [s.l.]. n.º 10 (Abril/Junho), p.32-36;
- WELCH, A. Z. – Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade in TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Loures: Lusociência, 2004. 750p. ISBN 972-8383-74-6;
- RAMOS, N. (2001) Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma Comunicação Intercultural. Revista Portuguesa de Pedagogia;
- RIBEIRO, L. (1995). Cuidar e Tratar – Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-moral. Coleção Educa – Formação, Lisboa: SEP.ISBN 972-8036-11-6;
- RILEY, J. (2006).Comunicação em enfermagem. Loures: Lusociência;

ANEXO XXI – Livro de Bolso “Aspectos Significativos das Diferentes Religiões”



URGÊNCIA PEDIÁTRICA

ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DAS DIFERENTES RELIGIÕES

JUDAÍSMO

HINDUÍSMO

CRISTIANISMO

ISLAMISMO

TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

SIKHISMO

BUDISMO

Trabalho elaborado no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa e no decurso do Estudo clínico/estágio de Urgência Pediátrica, no Hospital Fernando da Fonseca.

CRISTIANISMO

- ◉ A crença em Deus é revelada em Jesus Cristo
 - ◉ A Igreja é o local de culto e a força da religião é concedida particularmente através da leitura da Bíblia
 - ◉ A maioria dos hospitais possui uma capela e um capelão hospitalar
 - ◉ Após a morte, o sacerdote junta-se à família para oração ou serviço fúnebre
 - ◉ Qualquer pessoa pode cuidar do corpo para inumação ou cremação
 - ◉ O preto é geralmente a cor do luto
-

ISLAMISMO

- ◉ Islão é uma palavra árabe que significa, submissão, rendição e obediência
 - ◉ Crêem em Alá, Maomé e o profeta enviado
 - ◉ O Corão é o livro sagrado e os seus cinco pilares são: Existência de Alá; Oração cinco vezes por dia, precedidos por um banho; cobrança da dízima; jejum e peregrinação a Meca; a sexta-feira é o dia santo e a oração faz-se voltado para Meca (Sudoeste)
 - ◉ As mulheres têm relutância em expor qualquer parte do corpo
 - ◉ Toda a família se sente no direito de visitar o doente hospitalizado sempre que queira
 - ◉ Quando um familiar morre, lêem-lhe o Corão
 - ◉ O corpo é lavado pelos familiares do mesmo sexo ou por um agente funerário Muçulmano e usam luvas descartáveis
 - ◉ A autópsia só é permitida em casos extremos e a cremação é proibida
 - ◉ Não bebem álcool, não comem carne de porco nem moluscos
-

JUDAÍSMO

- ◉ Crêem num Deus Universal que deve ser adorado
 - ◉ O sabat Judeu decorre entre a noite de sexta-feira e a noite de sábado
 - ◉ As comunidades Judias locais costumam organizar grupos de pessoas para cuidarem dos doentes hospitalizados
 - ◉ Após a morte é aconselhável aos prestadores de cuidados calçarem luvas descartáveis para evitar o contacto directo com o corpo
 - ◉ As famílias gostam de estar presentes no momento da morte dos seus familiares
 - ◉ Permanecem no hospital acompanhando o corpo preparando-o para a inumação
 - ◉ Não é permitida qualquer mutilação do corpo (com a excepção de ser exigida autópsia)
 - ◉ Os familiares são encorajados a expressar abertamente a sua dor (3 dias de luto intenso)
 - ◉ Não comem carne de porco nem moluscos
-

5

HINDUÍSMO

- ◉ Não existe um profeta único, nem credo formal
 - ◉ Não existem padrões determinados de culto, muitas vezes é realizado em casa
 - ◉ As crenças incluem a reencarnação – tingir o Nirvana (fusão com o ente supremo)
 - ◉ Oram Habitualmente ao nascer e pôr do sol
 - ◉ A vaca é sagrada e a maioria dos Hindus não come carne e a alimentação deve ser preparada por alguém da mesma casta
 - ◉ Utilizam a mão esquerda para a realização de tarefas impuras (asseio pessoal)
 - ◉ O Hindu prefere morrer em casa, no chão, perto da mãe terra (pode adoptar este procedimento quando hospitalizado)
 - ◉ Quando a morte parece iminente um familiar colocará água nos lábios e boca do moribundo (conservam água do rio Ganges)
 - ◉ Após a morte os familiares lavam o cadáver
 - ◉ A cremação é habitual
 - ◉ O luto dura 7 a 41 dias
 - ◉ A maior parte dos Hindus são vegetarianos
-

6

SIKHISMO

- ◉ Sikh significa discípulo, cada pessoa deve estar em contacto com Deus e trabalha para o bem comum
 - ◉ As mulheres têm um estatuto igual ao dos Homens
 - ◉ A salvação obtém-se através da bondade
 - ◉ Os crentes não cortam a barba nem o cabelo, usam turbante e bracelete de metal
 - ◉ Quando alguém se encontra perto da morte são lidas as escrituras
 - ◉ Após a morte os técnicos de saúde podem manipular o corpo
 - ◉ A cremação é habitual e lançam as cinzas à água
 - ◉ O luto oficial dura cerca de 10 dias e é concluído com uma cerimónia especial
 - ◉ A maior parte dos Sikhs são vegetarianos, não bebem álcool
 - ◉ Nunca comem carne proveniente de animais abatidos segundo os costumes Muçulmanos (degolar o animal para o sangrar Bem) e não comem carne de vaca
-

7

BUDISMO

- ◉ O Buda não é adorado como um Deus, mas como um exemplo de vida
 - ◉ Através da oração e de uma conduta virtuosa crêem na reencarnação embora aceitem a responsabilidade dos seus actos
 - ◉ Condenam os contraceptivos, o aborto e a eutanásia
 - ◉ Respeitam os profissionais de saúde
 - ◉ Podem desejar manter a clareza de espírito no período que antecede a morte, pelo que podem rejeitar medicação que possa induzir aturdimento
 - ◉ A cremação é habitual
 - ◉ As cores do luto são o branco e o preto
 - ◉ Alguns Budistas são vegetarianos
-

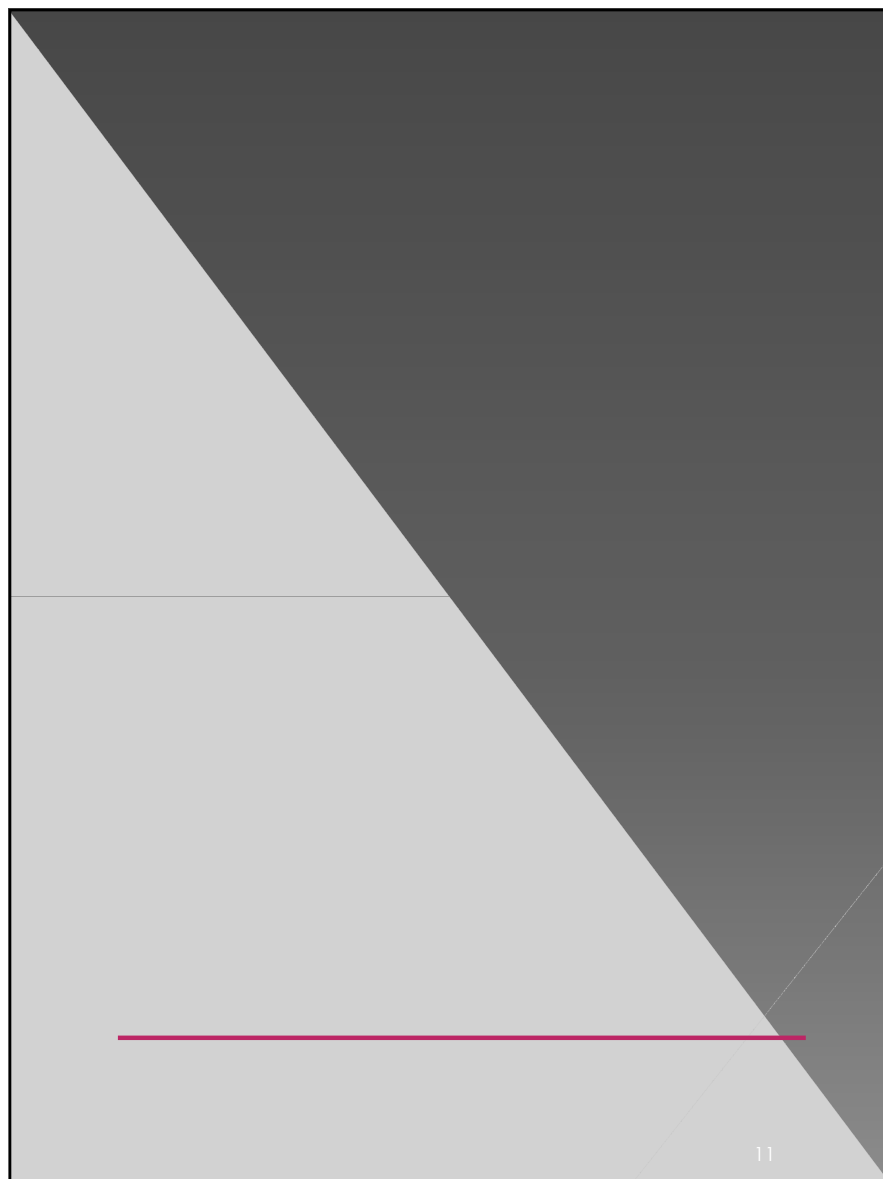
8

TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

- ◉ A Testemunha de Jeová assume-se como uma religião Cristã não-trinitária
 - ◉ Adoram exclusivamente a Jeová e são seguidores de Jesus Cristo
 - ◉ Crêem que a religião é a restauração do verdadeiro cristianismo, mas rejeitam a classificação de serem fundamentalistas
 - ◉ baseiam todas as suas práticas e doutrinas no conteúdo da Bíblia
 - ◉ Fazem evangelização de casa a casa e nas ruas
 - ◉ Reclamam fortes valores que afirmam ser baseados na Bíblia, nomeadamente quanto à neutralidade política, à moralidade sexual, à honestidade e à recusa em aceitar transfusões de sangue, para não ficarem impuros
-

BIBLIOGRAFIA

- ◉ LOPES, José Carlos dos Reis [et al]- Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência. 272p. ISBN 978-972-8930-45-5
 - ◉ <http://pt.wikipedia.org>, Consultado em 19/01/11
-



Trabalho realizado por: Isménia Gonçalves
aluna do Curso de Especialização em Saúde Infantil e
Pediatría – Instituto de Ciências da Saúde –
Universidade Católica Portuguesa.

ANEXO XXII – Lei nº 105/2001 – Mediador Sócio-Cultural

DATA: Sexta-feira, 31 de Agosto de 2001
NÚMERO: 202 SÉRIE I-A
PÁGINAS: 5586 a 5586

EMISSOR: Assembleia da República
DIPLOMA: Lei n.º 105/2001

SUMÁRIO:

Estabelece o estatuto legal do mediador sócio-cultural.

TEXTO:

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º

Mediador sócio-cultural

1 - É criada a figura de mediador sócio-cultural, que tem por função colaborar na integração de imigrantes e minorias étnicas, na perspectiva do reforço do diálogo intercultural e da coesão social.

2 - Os mediadores sócio-culturais exercem as respectivas funções, designadamente, em escolas, instituições de segurança social, instituições de saúde, no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, no Instituto de Reinserção Social, nas autarquias locais e nos serviços e organismos públicos em que o exercício das suas funções se vier a revelar necessário.

Artigo 2.º

Competências e deveres do mediador sócio-cultural

1 - O mediador sócio-cultural promove o diálogo intercultural, estimulando o respeito e o melhor conhecimento da diversidade cultural e a inclusão social.

2 - São competências e deveres do mediador sócio-cultural, nomeadamente:

- a) a) Colaborar na prevenção e resolução de conflitos sócio-culturais e na definição de estratégias de intervenção social;
- b) b) Colaborar activamente com todos os intervenientes dos processos de intervenção social e educativa;
- c) c) Facilitar a comunicação entre profissionais e utentes de origem cultural diferente;
- d) d) Assessorar os utentes na relação com profissionais e serviços públicos e privados;
- e) e) Promover a inclusão de cidadãos de diferentes origens sociais e culturais em igualdade de condições;
- f) f) Respeitar a natureza confidencial da informação relativa às famílias e populações abrangidas pela sua acção.

Artigo 3.º

Regime jurídico

1 - O exercício da função de mediador sócio-cultural poderá ser assegurado através da celebração de protocolos entre o Estado ou autarquias locais, com associações, cooperativas, ou empresas de prestação de serviços, para o efeito constituídas ou a constituir por pessoas pertencentes a grupos étnicos ou imigrantes.

2 - Para os efeitos do número anterior, o Estado e as autarquias locais asseguram os meios necessários ao financiamento dos protocolos por forma a garantir a continuidade e a estabilidade do trabalho dos mediadores sócio-culturais numa perspectiva de ligação entre populações em situação de exclusão social e as instituições que trabalham com estes grupos.

3 - Quando não for possível recorrer à celebração de protocolos nos termos dos números anteriores, designadamente por não existirem associações, cooperativas ou empresas de prestação de serviços, o exercício das funções de mediador sócio-cultural poderá ser assegurado com recurso à figura do contrato individual de trabalho, nos termos da lei geral, ou de contratos de prestação de serviços, nos termos do regime geral da função pública.

4 - Para os efeitos do disposto no número anterior, na contratação deve ser dada preferência a pessoas pertencentes a grupos étnicos ou imigrantes que revelem competências de mediação sócio-cultural e conhecimentos das características sócio-culturais das comunidades alvo.

Artigo 4.º

Formação

1 - Os mediadores sócio-culturais frequentarão cursos de formação que tenham em conta uma matriz com conteúdos comuns que permita nomeadamente promover o diálogo intercultural entre todos os cidadãos, a que serão acrescidos módulos específicos de formação que tenham em consideração as especificidades próprias de cada comunidade, no sentido de viabilizar a relação intrínseca entre formação, certificação e mercado de trabalho.

2 - Para os efeitos do disposto no número anterior, deverão ser criados, através de protocolos celebrados entre o Instituto do Emprego e Formação Profissional e entidades devidamente acreditadas, cursos de formação de mediadores sócio-culturais que sejam equiparados ao 9.º ano de escolaridade e que confirmem o nível II de qualificação profissional.

3 - A formação adquirida deverá ser certificada pela Agência Nacional de Educação e Formação de Adultos (ANEFA), por forma a habilitar os formandos a um nível habilitacional superior ao detido.

Artigo 5.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no prazo de 30 dias após a data da sua publicação, sem prejuízo de o Governo vir a regulamentar algumas das matérias constantes dos artigos 3.º e 4.º

Aprovada em 17 de Julho de 2001.

O Presidente da Assembleia da República, António de Almeida Santos.

Promulgada em 17 de Agosto de 2001.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 23 de Agosto de 2001.

O Primeiro-Ministro, António Manuel de Oliveira Guterres.

ANEXO XXIII – Formulário – Mediador Cultural

No âmbito do Curso da Especialização em Saúde Infantil e Pediatria no Instituto de Ciências da Saúde - Universidade católica Portuguesa e no decorrer do estágio da Urgência Pediátrica do Hospital Fernando da Fonseca, pretende-se realizar uma formação sobre a “Cultura Cigana” e abordar a importância do aparecimento de mediadores para a etnia cigana, pelo que solicito a sua colaboração como mediador, respondendo ao presente formulário.

Não se pretende desenvolver um estudo aprofundado da cultura étnica cigana, procura-se sim, demonstrar quão importante será o desenvolvimento de estratégias que possibilitem de forma ordeira, o acesso aos diferentes serviços de saúde, por parte da comunidade cigana. O aparecimento da figura de **mediador cultural**, através da **Lei n.º 105/2001**, veio de certa forma ajudar a resolver algumas questões, no que diz respeito, a características muito marcadas da Cultura Cigana, como por exemplo, a permanência das visitas no Hospital, uma vez que quando um cigano adoece e é internado, é dever dos familiares mais próximos acompanhá-lo ao hospital e estar presente nesse momento difícil.

Uma vez que a figura do Mediador Cultural para a Etnia Cigana é ainda recente, não se dispõe de estudos que possam garantir a sua eficácia, no entanto, os testemunhos dos vários envolvidos é unânime a confirmar que as melhorias são visíveis e muitas...

Atenciosamente

Isménia Gonçalves

Lisboa, 19 de Janeiro de 2011

1. Como surgiu a ideia de se tornar mediador da Etnia Cigana?

A ideia de me tornar mediador foi através da Obra Nacional Pastoral dos Ciganos que estava a promover e formar mediadores socioculturais. O meu irmão Mário já estava a frequentar o curso numa turma composta por 10 alunos, 5 alunos masculinos e os outros 5 femininos como um casal desistiu abriu vagas para 2 pessoas concorri e foi seleccionado.

No princípio eu não sabia muito bem o que era um mediador sociocultural e quais as suas funções, mas com o avançar da formação eu senti que era uma oportunidade de trabalhar numa área que eu gosto muito que é na intervenção social e que podia ser muito útil em termos de emprego para mim e ser uma mais-valia para a comunidade cigana (Martim Luther King me inspirou muito).

O facto de ter frequentado durante 2 anos o curso de técnico psicossocial/animador sociocultural na Escola Técnica Psicossocial de Lisboa, facilitou-me nas matérias abordadas durante o curso porque já levava alguma bagagem e alguma experiencia como monitor de férias.

Agarrei-me com toda força ao curso participando em debates estágios e formações os professores apostaram em mim me dando todo apoio para ser bem sucedido.

2. Pensa que pertencer à etnia cigana é uma condição para ser mediador?

Eu penso que não é uma condição mas um factor que vai ajudar muito na construção da “ponte” uma vez que pelo facto de se ser cigano já se cresceu com a noção de valores e normas a respeitar na comunidade cigana automaticamente, sabe até onde pode intervir, e quais os limites para não cometer erros que ponham em causa a mediação e a sua integridade física.

Ser cigano também é um facilitador de relações de confiança com os ciganos.

3. Em que situações é chamado a intervir?

Eu sou chamado a intervir no controle de visitas, no esclarecimento sobre regras dos serviços, marcações de consultas, exames etc., acompanhamento a assistente social,

apoio espiritual, formação sobre cultura cigana e mediação sou quase um “guia de acolhimento”.

4. Tem sido fácil resolver as situações em que foi chamado?

Para se resolver as situações tem que haver boa vontade das duas partes, utentes ciganos e instituição, mas falo de vontade sincera para resolver o problema aí sim e fácil de se achar uma solução. Por isso eu acho que sim, que é fácil, mas algumas vezes não é.

5. Mais ou menos, quantas vezes por ano é chamado a intervir?

Eu nunca contei, mas tenho uma ideia que por semana tenho +/- 8 intervenções por semana.

Sendo algumas intervenções permanentes uma vez que além de chamadas estou em lugares estratégicos de atendimento no hospital exemplo: consulta externa, internamento, ronda pela manhã pelas enfermarias para fazer contacto com eventuais pessoas de etnia cigana.

6. Se fosse convidado para ser mediador de outro Hospital, aceitaria?

Aceitaria. Se me fossem dadas condições para exercer mediação sociocultural uma vez aceitando tinha que percorrer um caminho para alcançar uma meta. Preparo-me para ser integrado numa equipa multi-disciplinar que reconheçam e respeitem o meu papel como mediador, fazer formações sobre cultura cigana e sobre mediação cultural, integração e conhecimento das regras gerais da instituição.

Uma observação, (que acontece muitas vezes ao princípio) e a mediação nunca pode resultar assim, se se confundir o mediador com um guarda-costas ou um polícia. O mediador é um **facilitador de comunicação**.

7. O que é que os ciganos mais apreciam nos enfermeiros? E o que menos gostam?

Os ciganos detestam que lhes falem alto num esclarecimento de uma regra ou que duvidem da sua palavra, é um exemplo.

O que eles gostam mais é ver o afecto que alguns enfermeiros têm com os filhos nos tratamentos mais doloroso, é outro exemplo.

Grata pela colaboração!

Bem-haja

