



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

Cartas Terapêuticas: Um meio para acolher a criança e família nas Instituições de Saúde

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Marta Alexandra Galveia Gomes

Sob orientação de Mestre Judite Vaz

(LISBOA, Maio 2011)

AGRADECIMENTOS

Ao Daniel, meu namorado, pelo incentivo e tolerância.

Aos meus pais, irmã e avós, por todo o apoio.

Aos meus colegas de jornada, principalmente à Leonor, pela partilha.

Às professoras Judite Vaz e Zaida Charepe, pela paciência e dedicação.

Em suma, a todos a quem não dediquei muito atenção durante estes dezoito meses o
meu muito obrigado.

RESUMO

O presente relatório aborda a temática das **Cartas Terapêuticas: Um meio para acolher a criança e família nas Instituições de Saúde**. O seu objectivo prende-se com evidenciar o percurso do formando no decorrer da Unidade Curricular Estágio, salientar os objectivos e actividades realizadas e apresentar uma análise crítica e reflexiva face ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Com enfoque nas áreas de actuação do enfermeiro especialista, evidenciam-se não só as competências gerais desenvolvidas, como as específicas no âmbito da saúde infantil e pediatria.

Tem-se por base que a intervenção do enfermeiro especialista ao binómio criança/família considerando os processos de comunicação e relação, é fundamental no sentido do estabelecimento de uma prática em parceria, promotora da assistência da criança/jovem e família na maximização da sua saúde e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida da criança e do jovem. Assim, entende-se que a sistematização da intervenção cartas terapêuticas, prática inovadora e suportada por evidência, consubstancia uma mais-valia no sentido de uma melhoria das práticas assistenciais nesta área de especialidade e consequente desenvolvimento do conhecimento e cuidados de enfermagem.

Em contexto comunitário, foram desenvolvidos três formatos de cartas terapêuticas e sistematizada a mesma intervenção, dinamizada uma sessão de partilha entre pais e elaborado um guia de acolhimento à família para consulta de saúde infantil, sistematizando-se também essa prática. Na prática hospitalar, foi elaborado um diploma de coragem, reformulado guia de acolhimento à família e construído guia de acolhimentos para jovens/adolescentes. Durante o estágio em unidade de neonatologia foi elaborado um diário de partilha entre pais e por fim em contexto de urgência pediátrica foi avaliada e sistematizada a intervenção cartas terapêuticas e colaborou-se na revisão da norma do acolhimento.

Ressalva-se que em todos os contextos foi preocupação frequente a adopção de estratégias de comunicação e relação promotoras da participação do cliente no processo assistencial, dando-se especial relevo à importância de dar feedback aos mesmos sobre a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades.

Palavras-chave: cartas terapêuticas; criança/família; comunicação; enfermagem.

ABSTRAT

This report comprizes the scope of **Therapeutic Letters: A way to receive children and their families in the heath facilities**. The main goals of this summary are to provide evidence of registered development with respect to the duration of the clinical practice, to outlay the goals and perfected activities of this unit, as well as to present a critical and reflexive analysis of the learning process and competency development. In order to analyze registered development, the report contrasts actual developed general and specific competencies with those that are expected from a specialist nurse in assisting the child and family.

When engaging in care giving to a given infant/child, it is of the utmost importance for the nurse to bear in mind the efficacy of appropriately gauging the patterns of communication in the scope of the relationship. Similarly, it is also important for the nurse to engage in this kind of process with the infant/child's family, thus ensuring maximization of care giving quality at each of the patient's cycle stages. Consequently, and assuming the aforementioned parameters are met, it can be inferred that the therapeutic letters intervention can be an asset when then goal is to improve the quality of provided assistance in the field of pediatrics.

In the community context, three main formats of therapeutic letters were developed, as well as their respective system architectures. These developments were accompanied by a sharing session between parents, and by a set of guiding rules that are meant to help families in the self-assessment process of the child's health state. Furthermore, a system architecture for this process was also elaborated. Subsequently, and in the context of a hospital, a certificate of courage was designed, the set of guiding rules were revised in the domain of family receiving, and a set of guiding rules were developed in the domain of adolescent receiving. During the internship in the neonatology unit, a logbook that is intended for sharing of parent experience was developed. The therapeutic letters intervention was also revised to adapt to a situation of a pediatric urgency nature, as well as the set of guiding rules.

It should be mentioned that during all stages of the clinical practice, the appropriate gauging of interpersonal communication techniques was of paramount importance, thus always bore in mind. In addition, techniques that permit the care giver to freely provide human capital feedback to the patient were also developed and implemented. **Keywords:** therapeutic letters; child/family; communication; nursing

LISTA DE ABREVIATURAS

apud – citado por

consult. – consultada

ed – edição

et al. – e outros

f. – folha

n.º – número

org. – organizadores

p. – página

vol – volume

LISTA DE SIGLAS

ATL – Actividades de tempos livres

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

D.R. – Diário da República

HSM – Hospital de Santa Maria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNSPP – Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

SUMÁRIO

	f.
0. INTRODUÇÃO	9
1. FUNDAMENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	12
1.1. AS CARTAS TERAPÊUTICAS: INTERVENÇÃO AO SERVIÇO DA PARENTALIDADE E RELAÇÃO DE PARCERIA	12
1.2. PARENTALIDADE: DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	15
1.2. ACOLHIMENTO: DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	20
2. DESENVOLVIMENTO DO PERCURSO REALIZADO	22
2.1. MÓDULO I.....	22
2.1.1. Unidade W+.....	22
2.1.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António	26
2.2. MÓDULO II.....	35
2.3. MÓDULO III	43
2.3.1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Hospital da Luz	43
2.3.2. Serviço de Urgência Pediátrica, Hospital Garcia de Orta	50
3. CONCLUSÕES GERAIS.....	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS.....	65
ANEXO I – Contactos realizados	66
ANEXO II – Instrumento para Diagnostico individual de necessidades de formação	67
ANEXO III – Compilação dos diapositivos referentes sessão de Formação “Cartas Terapêuticas”	68
ANEXO IV – Artigo: Cartas Terapêuticas: Promovendo a Parentalidade e Relações de Parceria com a Criança/Família	69
ANEXO V – Diploma de Mérito	70
ANEXO VI – Diploma de Coragem	71

ANEXO VII – Certificado à Mãe que Amamenta	72
ANEXO VIII – Cartaz divulgação sessão: Ser Pai – Conquistas e Oportunidades	73
ANEXO IX – Suporte para elaboração de Carta de e para um Pai	74
ANEXO X – Formulário para avaliação da sessão	75
ANEXO XI – Cartão de Agradecimento	76
ANEXO XII – Questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas	77
ANEXO XIII – Folheto: Acolhimento à Consulta de Vigilância de Saúde Infantil	78
ANEXO XIV – Norma: Dar Carta Terapêutica	79
ANEXO XV – Norma: Executar Acolhimento	80
ANEXO XVI – Folheto: Guia de Acolhimento	81
ANEXO XVII – Folheto: Guia de Acolhimento aos Jovens e Adolescentes	82
ANEXO XVIII – Diploma de Coragem	83
ANEXO XIX – Nota introdutória ao diário de partilha entre pais	84
ANEXO XX – Testemunhos recolhidos	85
ANEXO XXI – Norma de Procedimento N.º UP 01/2011	86
ANEXO XXII – Norma de Procedimento N.º UCINP 01/2004	87
ANEXO XXIII – Questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas	88

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório aborda a temática das **Cartas Terapêuticas: Um meio para acolher a criança e família nas Instituições de Saúde**. Sua realização surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, tendo-se por objectivos evidenciar o percurso formativo do formando no decorrer da Unidade Curricular Estágio, salientar os objectivos e actividades realizadas e apresentar uma análise crítica e reflexiva face ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Com enfoque nas áreas de actuação do enfermeiro especialista, evidenciam-se não só as competências gerais desenvolvidas, como as específicas no âmbito da saúde infantil e pediatria.

Este relatório resulta, então, da vivência de um processo longo de aprendizagem, durante todo o Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, consubstanciando uma prática reflectida e desenvolvimento de competências para um cuidar especializado e conseqüente contribuição para a melhoria dos cuidados e desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. O mesmo foi precedido por um projecto que reflectia uma proposta para a aplicação da temática e desenvolvimento da *praxis* nos diversos contextos, projecto este que foi sempre apresentado e negociado com os enfermeiros chefes e orientadores, no sentido da sua adaptação às necessidades e características dos contextos, contribuindo para a persecução de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, de uma forma mais efectiva e mais eficaz. Note-se que durante a formulação do projecto houve preocupação em validar a aplicabilidade da temática no âmbito a que me propunha, tendo-se, então, estabelecido contacto com autora de referência Dr. Nancy Moules (ANEXO I).

Cuidar em Saúde Infantil e Pediatria, nos diversos contextos assistenciais, remete para uma atenção particular dirigida à criança/adolescente e sua família, implicando um conhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta díade.

Preconiza-se, assim, o estabelecimento de uma relação de parceria com a criança/família, adoptando-se na prática de cuidados os princípios orientadores do Modelo de Parceria de Anne Casey. Salienta-se a sua importância ao nível do reconhecimento e respeito pela família nos cuidados à criança, conduzindo a que as necessidades da criança/família sejam centrais ao processo de cuidar, tendo o enfermeiro especialista uma intervenção primordial na promoção do ensino e apoio, de

modo a capacitar a família na tomada de decisão (Casey, 1995). Tal é reforçado pela Ordem dos Enfermeiros, na medida em que esta preconiza que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem se “caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”, ao que se acresce que as intervenções de enfermagem serão optimizadas “se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.8-9).

Salienta-se que como objectivos gerais, os quais foram transversais a toda a unidade curricular estágio, definiram-se: desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança e família, em contexto de cuidados de saúde primários, serviço de internamento pediátrico, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica; desenvolver competências em intervenções promotoras de uma relação de efectiva parceria com a criança e família, durante o seu acolhimento nos contextos de cuidados de saúde primários, serviço de internamento pediátrico, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica.

Deu-se então enfoque ao desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) quanto aos processos de comunicação e relação com a criança/família, que por sua vez se revelam determinantes para o estabelecimento de uma prática em efectiva parceria, promotora da assistência da criança/jovem e família na maximização da sua saúde e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida da criança e do jovem. Assim, entende-se que a sistematização da intervenção cartas terapêuticas, consubstancia uma mais-valia para a melhoria das práticas assistenciais nesta área de especialidade, na medida em que constitui um instrumento ao serviço da comunicação e relação de qualidade com o cliente. Evoque-se Phaneuf (2005), a qual defende que a comunicação constitui um processo de criação e recriação de informação, troca, partilha e colocar em comum sentimentos e emoções entre os indivíduos, sendo tal processo fundamental para a mudança. O EESIP, poderá então servir-se das cartas terapêuticas como nova intervenção, para melhor comunicar com o cliente e assim promover comportamentos mais adaptados e saudáveis na criança e família.

A prática clínica desenvolveu-se, então, em contextos de cuidados de saúde comunitários e hospitalares, estando dividida por três módulos: Módulo I - relativo à área da enfermagem de saúde infantil, foi realizado na Unidade W+ e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António, com objectivos de promoção da

saúde da criança, jovem, família, e prevenção da doença; Módulo II - respeitante à área da Enfermagem Pediátrica, foi desenvolvido na Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria, visando o tratamento de crianças e jovens com patologia aguda ou crónica; Módulo III, também correspondente à área da enfermagem pediátrica, integra os contextos de neonatologia e urgência pediátrica. A prática em neonatologia, com objectivo de tratamento a crianças com problemas Neonatais, foi então realizada na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital da Luz. O estágio de contexto de urgência foi realizado no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta, visando a prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de urgência/ emergência.

O presente relatório encontra-se então dividido em capítulos, iniciando-se com a sua introdução, segue-se um capítulo respeitante à justificação da temática, abordando-se os conceitos de carta terapêuticas, parentalidade e acolhimento. No segundo capítulo elabora-se então uma reflexão face ao processo de aprendizagem, descrevendo-se para cada unidade de estágio as características do contexto, diagnóstico de situação (orientador da tomada de decisão), objectivos e actividades realizadas e realizando-se uma análise crítica e reflexiva sobre as competências adquiridas ou desenvolvidas. Segue-se o capítulo respeitante às conclusões gerais e referências bibliográficas de suporte ao relatório. Por fim, apresentam-se em anexos os documentos elaborados no decorrer das várias práticas clínicas, no sentido de um melhor entendimento das actividades desenvolvidas.

1. FUNDAMENTAÇÃO DA TEMÁTICA

O presente capítulo compreende um enquadramento teórico face à temática das cartas terapêuticas. No sentido de melhor compreensão desta intervenção de enfermagem como promotora da parentalidade e relação de parceria durante o acolhimento das crianças/família nas instituições de saúde, importa também realizar breve referência aos conceitos de parentalidade e acolhimento.

Segue-se a apresentação da pesquisa bibliográfica realizada.

1.1. AS CARTAS TERAPÊUTICAS: INTERVENÇÃO AO SERVIÇO DA PARENTALIDADE E RELAÇÃO DE PARCERIA

Em conformidade com Moules (2002) as cartas terapêuticas diferem das cartas sociais no seu contexto, conteúdo, intencionalidade terapêutica e efeito, existindo evidência dos seus efeitos nos profissionais que as escrevem e nos clientes que as recebem.

A mesma autora ressalva assim que a intervenção das cartas terapêuticas pode ser considerada um acto de enfermagem e cura, sendo que no âmbito de enfermagem **tal intervenção tem sido utilizada para criar oportunidades de relações mais participativas e claras com os clientes, que promovam a reflexão** (Wright [et al.] *apud* Moules, 2002). Reforça-se, inclusive, que as cartas terapêuticas acontecem em ambiente de reciprocidade e relação, sendo que são escritas com cuidado e recebidas com amor, revelando potencial de cura, suscitar a reflexão e mudança e fazer a diferença na vivência do sofrimento (Bell, Moules e Wright, 2009). Destaca-se a sua múltipla aplicabilidade nas diferentes áreas de atenção de enfermagem e contextos (Moules, 2002).

Salienta-se então a pertinência desta intervenção face à vigente concepção de Cuidados Centrados na Família, definindo-se como sua intencionalidade, nomeadamente, a promoção do papel parental, da esperança e da assumpção por parte dos pais/família dos seus papéis de saúde, no âmbito de uma relação de efectiva parceria com a equipa de enfermagem. A relembrar que esta filosofia assenta no respeito, colaboração e apoio, entre profissionais de saúde e a família (Galvin [et al.] *apud* Winkelstein, 2006), reconhecendo-se a mesma como um elemento constante na vida da

criança e promovendo-se a sua participação e envolvimento em todas as dimensões dos cuidados à mesma, tendo em conta as necessidades de ambos (Winkelstein, 2006). A considerar também a diversidade entre as estruturas e culturas familiares, bem como ter por base a capacitação e o empoderamento das mesmas. Assim, ao nível da capacitação, os profissionais devem identificar e promover o desenvolvimento de competências e aptidões da família, visando atender às necessidades da própria e da criança. No que concerne ao empoderamento, este traduz a interacção que se estabelece entre os profissionais e as famílias no sentido de desenvolver nas mesmas sentimentos de controlo da sua vida e introduzir mudanças que estimulem as suas potencialidades (Winkelstein, 2006).

Moules (2002) descreve também os benefícios desta intervenção identificados pelos clientes, os quais se prendem com: possuir uma recordação do processo clínico que perdure no tempo; dispor de uma descrição das suas forças e sucessos; possibilidade de reviver diversas questões e reflectir novamente sobre elas; possuir lembranças, medidas ou marcas de mudança, como um testemunho do trabalho pessoal realizado; possuir um reconhecimento do seu sofrimento.

White e Murray (2002), reportando-se ao uso das cartas terapêuticas na interacção com adolescentes realçam mesmo o seu potencial no sentido de estabelecer comunicação entre profissional e cliente, identificação de forças, exteriorização e confronto de problemas, identificação de soluções.

Na medida as cartas terapêuticas influenciam a vivência do sofrimento dos seus destinatários, são factores de mudança e um testemunho de percurso e sentires, salienta-se a sua importância como factor promotor de esperança.

Entenda-se assim que a esperança constitui uma condição de vida, revelando-se a sua experiência algo capacitante, auxiliando a verbalizar “eu posso (...)”, talvez não hoje, não sem medo ou de forma perfeita, mas ajuda a dizer “eu posso, pelo menos tentarei (...)” (Jevne *apud* Magão, 2001). Duas abordagens dominantes, provenientes da psicologia e enfermagem tentam delinear a matriz conceptual deste construto (Magão e Leal, 2001). A primeira perspectiva define a esperança enquanto “(...) expectativa de atingir objectivos no futuro e como uma força motivacional orientada para a acção relacionada com um sentido possível nesse futuro.” (Magão e Leal, 2001. p. 4, em conformidade com Stotland). A segunda abordagem prende-se com a esperança como um conceito multidimensional. Assim, este conceito é definido como “(...) uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante

contudo incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo.” (Dufault e Martocchio *apud* Magão e Leal, 2001, p. 4).

A ressaltar que a esperança compreende uma dimensão universal e individual, pois embora cada sujeito vivencie a esperança como conceito inerente à condição humana, a sua experiência é individual e passível de ser influenciada por vários acontecimentos adversos (Magão e Leal, 2001). Remetendo para o contexto da prática de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde, ressalva-se que há muito se pretende evidenciar o seu contributo como componente essencial da prática clínica, sendo que progressivamente os profissionais de saúde a reconhecem como importante no seu trabalho, bem como os clientes a identificam como uma força valorizada da promoção de vida, a qual pode ser fortalecida pela relação estabelecida entre profissional/cliente (Magão e Leal, 2001).

Do estudo realizado por Magão e Leal depreende-se que a esperança é uma actividade crucial na disciplina de enfermagem. Através desta pesquisa conseguiu-se então aceder a uma melhor compreensão da esperança vivida por estes pais e quais os factores promotores ou inibidores de esperança na sua relação com os profissionais de saúde. A destacar que a relação com os profissionais é identificada por estes pais como passível de influenciar a sua esperança, podendo consistir um factor promotor ou inibidor (Magão e Leal, 2001).

Sintetizando, em conformidade com Magão e Leal (2001, p.16)

“(...) uma relação de Esperança é uma relação em que é promovido um sentido de possível, em que são antecipadas possibilidades através do reconhecimento do valor dos objectos de Esperança dos pais; o profissional promove a Esperança dos pais quando dá informação consistente com a sua necessidade sentida e dá saídas, alternativas, para si próprios ou seus filhos, em vez de conclusões definitivas, permitindo o controlo e escolha dos pais; é uma relação em que os pais se sentem tratados como pessoas, directamente ou através dos seus filhos, e o envolvimento emocional do enfermeiro assim como percepção da sua competência técnica, promove nos pais a confiança, conforto e credibilidade percebidas; é uma relação que promove a Esperança quando o profissional está atento e reconhece a importância das pequenas coisas na vida, com sentido para os pais; é uma relação em que os pais ao perceberem Esperança no profissional sentem promovida a sua própria Esperança”.

Note-se então que não só as cartas terapêuticas podem constituir um objecto de esperança para os pais, como pressupõem uma relação de esperança, pela parceria que carece de ser estabelecida com os mesmos ou pessoas significativas para o cliente.

Também Wright (2005) salienta a importância de intervenções promotoras de esperança, na medida em que incentiva o desenvolvimento de uma intervenção que dê

voz às experiências de sofrimento e às narrativas de coragem e esperança, sendo que o profissional ao tecer elogios promove a redescoberta e a capacidade de recuperação da família. Wriqth (2005) faz assim emergir as práticas de cuidado espiritual, onde integra a esperança como uma força espiritual a ser reconhecida.

Para a realização de tais intervenções, carece-se então de integrar o conceito de esperança nos focos de atenção de enfermagem, sendo que ao nível da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 1.0 esta já surge definido como

“Emoção com características específicas: Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, optimismo; associada ao traçar de objectivos e mobilização de energia.” (Internacional Council of Nurses, 2006: 87).

Segue-se a formulação e integração de acções de enfermagem, entre as quais a elaboração e entrega de cartas terapêuticas, constitui um exemplo possível.

No decorrer da aplicação desta intervenção (elaboração e entrega de cartas terapêuticas), Moules (2002) salienta, também, que se deve ter cuidado ao escolher o destinatário da carta, ao escrevê-la e principalmente atenção à reacção do cliente face à carta. Acresce-se que as cartas terapêuticas, como intervenção, nos remetem para a preservação da integridade da relação estabelecida entre enfermeiro/cliente através do peso da palavra escrita (Bell, Moules e Wright, 2009).

Em suma, para a realização desta intervenção considera-se fundamental, uma adequada avaliação e intervenção familiar durante todo o período de relação entre o enfermeiro e a criança/família, o mesmo é dizer durante todo o seu processo de acolhimento na instituição de saúde, tendo-se por base os princípios de uma relação de parceria. Neste sentido, destaca-se a importância da apropriação de conceitos e reflexão relativas à temática da parentalidade e acolhimento.

1.2. PARENTALIDADE: DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A Parentalidade é definida pelo International Council of Nurses (2006) como

“acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (International Council of Nurses, 2006, p. 43).

Segundo Cruz (2005) o conceito de parentalidade

“(...) diz respeito ao conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.”
(Cruz, 2005, p. 13).

Alarcão (2006) refere que associado ao nascimento do primeiro filho surge, não só, a criação de um novo subsistema familiar, o parental, como também novas funções e tarefas e a necessidade de reorganizações relacionais, intra e inter-familiares e inter-sistémicas. Segundo Murray (2006) nas primeiras semanas de vida do lactente, especialmente quando se trata do primeiro filho, o casal necessita de fazer ajustes drásticos, mesmo nos casos em que o nascimento do filho foi planeado. Tal situação poderá constituir um momento de crise quando encarada como um distúrbio de velhos hábitos e relações e por induzir novas respostas (Murray, 2006). Por outro lado, à integração de um novo membro na família associam-se também grandes responsabilidades financeiras (Murray, 2006). Em consequência da nova necessidade de proporcionar cuidados adequados à criança surge também a redução drástica dos períodos recreativos e de férias dos pais (Carter e McGoldrick, 2001).

Cruz (2005) sistematiza cinco funções inerentes à parentalidade (no que concerne aos cuidados à criança):

- Satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e de saúde;
- Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, o qual possibilite o estabelecimento de rotinas;
- Responder às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra familiares, sendo que os pais devem constituir apresentadores, mediadores e intérpretes do mundo exterior face à criança;
- Satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança, as quais se prendem com o estabelecimento de relações de vinculação;
- Constituir o primeiro contexto de socialização da criança, o que se relaciona com as necessidades de interacção social da criança e sua integração na comunidade (Cruz, 2005).

Segundo Balancho (2006), podemos distinguir três tipos de presença dos pais na vida diária dos filhos: a interacção/envolvimento que consiste no contacto directo nos cuidados e actividades partilhadas; a acessibilidade que se define como a disponibilidade potencial do pai para estar física e emocionalmente próximo do filho,

estando contudo ausente a interacção directa com o mesmo; a responsabilidade a qual, por sua vez, corresponde à iniciativa e tomada de decisões práticas. Estes tipos de práticas podem coexistir, bem como deferir na sua presença e domínio, no entanto todas elas correspondem a tipos de presença relativos a pais que se interessam pelos seus filhos e fazem algo por eles, o que não acontece com pais afectivamente distantes (Balanchó, 2006). Distinguem-se então diversos graus ao nível do compromisso e envolvimento dos pais nos cuidados diários aos filhos, sendo que uns detêm um conhecimento aprofundado de tudo o que é importante na vida dos mesmos e outros são pouco conhecedores, periféricos e distanciados, quer convivam diariamente com os filhos ou não (Balanchó, 2006). Sabe-se, no entanto, que pais mais conhecedores e com maior grau de envolvimento na vida dos filhos, têm maiores possibilidades de lhes prestar suporte emocional, “(...) alargando a prestação de cuidados diários directos à capacidade de cuidar das emoções e da estrutura socioemocional da criança e adolescente.” (Balanchó, 2006, p. 38).

Balanchó (2006) distingue também duas dimensões da parentalidade, a responsabilidade e o controlo parentais, defendendo que ambas constituem factores essenciais para o processo de socialização da criança. A responsabilidade dita adequada prende-se com ter uma resposta atenta, afectuosa e centrada na criança. O controlo parental deve ser moderado, caracterizando-se pelo estabelecimento de regras e limites, sendo no entanto dada à criança autonomia e possibilidade de tomar decisões. Por oposição aos filhos de pais controladores, autoritários e que não respondem às necessidades dos filhos, as crianças que beneficiem deste tipo de comportamento caracterizar-se-ão por uma auto-estima elevada, sucesso académico, adequado desenvolvimento cognitivo e comportamental. Desta forma, o calor paternal que se caracteriza pelo afecto, compreensão e ternura e a proximidade (a atenção dispensada e quantidade de tempo de interacção) surgem como factores beneficiadores e potenciadores de todos os impactos positivos que o pai tem sobre os filhos, bem como originam crianças felizes e que se relacionam bem com os outros (Balanchó, 2006).

Inerente aos conceitos de parentalidade e relações parentais está o processo de vinculação entre pais e filhos, mesmo porque “a qualidade da vida familiar pode avaliar-se através das relações existentes entre os indivíduos que a constituem.” (Jorge, 2004, p. 25). De acordo com Brazelton (1992) este conceito é actualmente associado à ligação estabelecida entre o bebé e a figura, ou figuras, de referência entendidas como centradas no cuidador por excelência, sendo então a vinculação promovida pela dimensão da

interacção entre ambos. O autor destaca mesmo que a primeira grande tarefa dos pais se prende com desenvolver um sentimento de vinculação com o filho, de forma a descobrir as suas competências e necessidades específicas, as quais devem satisfazer.

De acordo com Gleitman citado por Gonçalves (2004, p. 25)

“(...) os primeiros anos são decisivos, no sentido de que certos padrões sociais têm muito mais probabilidades de serem adquiridos nessa altura, como a capacidade de formar vínculos com outras pessoas (...) a criança que nunca foi amada pelos pais intimidar-se-á com os seus pares, e o seu desenvolvimento social ulterior ficará obstruído.”

Por sua vez, em conformidade com Camarneiro (*apud* Jorge, 2004), o processo de vinculação não termina quando se completa o primeiro ano de vida, sendo um processo que se mantém contínuo, embora com características diferentes, uma vez que o crescimento e desenvolvimento implicam necessidades e cuidados distintos. Gomes-Pedro e Torgal-Garcia (1999) reforçam também, que a dinâmica interactiva do sistema causa-efeito na vida de relação pai-filho está profundamente dependente da qualidade do vínculo, o qual por sua vez é sistematicamente reforçado pela oportunidade e responsabilidades dos cuidados prestados.

É importante referir que ao nível da parentalidade uma situação de risco consiste em “(...) qualquer situação genérica que coloque em stress a relação entre a mãe e a criança, e os cuidados parentais inerentes à parentalidade.” (Pires, 2001, p. 20), sendo que o risco pode ser tanto para a mãe como para a criança (Pires, 2001).

As consequências para os pais, destas situações de risco, são variadas, sendo que incluem: a ansiedade e depressão perante o diagnóstico de uma doença; sofrimento associado à falta de informação e incerteza sobre a saúde e desenvolvimento da criança, e relativamente a como actuar; conflito ou até desagregação familiar, isolamento social e estigmatização (Pires, 2001). Outras consequências são: sobrecarga económica, das rotinas familiares e dos cuidados parentais; ameaças à confiança parental; qualidade das interacções sociais, dos cuidados didácticos e, em alguns casos, dos cuidados básicos (Pires, 2001). Por sua vez tais consequências dependem também da capacidade de resiliência dos pais, sendo que a mesma, de um modo muito sucinto, pode ser descrita como a aptidão que cada um tem para uma adaptação bem sucedida face a situações adversas (Jorge, 2004). Parece ser um fenómeno interactivo que resulta das relações complexas existentes entre as componentes pessoais de cada indivíduo e o suporte social que teve ao longo da vida, sendo que numa fase inicial se constitui através do afecto e do vínculo existente entre os pais e a criança (Jorge, 2004).

Nesta lógica de pensamento importa salientar a importância do conceito de transição para a enfermagem. Compreender este processo constitui um desafio, pela necessidade de conhecimento de todas as dimensões envolvidas, para que de forma efectiva se possa oferecer suporte e cuidados adequados a cada criança/família. A este propósito Meleis [et al.] (2000, p.13) salientam que “(...) nurses often are the primary caregivers of clients and their families who are undergoing transition. They attend to the changes and demands that transitions bring into the daily lives of clients and their families.”.

Note-se que ao longo do ciclo vital a família pode sofrer transformações significativas, mudanças relacionadas com momentos de provação que podem ser traduzidos, conforme a sua duração, em crise ou desafio. Vários são os eventos que surgem ao longo da vida, os quais exigem respostas no sentido de ultrapassar momentos de instabilidade, como as mudanças de auto-estima, as mudanças de desempenho de papéis, a ansiedade, a depressão e a insegurança, alcançando-se assim o equilíbrio perdido.

A transição para a parentalidade é uma das mais comumente abordadas, sendo que o nascimento de um filho compreende um acontecimento sublime, que envolve emoções tão intensas que simultaneamente devastam e enaltecem o sentido de se ser humano. Destaca-se que em alguns casos, como o da prematuridade, essas emoções podem ser intensamente dolorosas, trazendo sentimentos confusos e exaustivos.

A doença e a hospitalização são, também, considerados como factores passíveis de desencadear o processo de transição. Em situação de internamento hospitalar a transição saúde/doença estabelece-se pela passagem de um estado saudável para uma condição de doença, em que a criança e família se deparam de forma abrupta e intensa, com mudanças que destabilizam o seu quotidiano. Destaca-se então a complexidade do contexto de internamento numa unidade de neonatologia, em que os pais e família necessitam não só de proceder ao luto do bebé desejado, como enfrentar o stress e ansiedade associados não só à transição para a parentalidade, como de um processo saúde/doença, bem como do contexto de urgência e internamento onde, com celeridade, a família se vê obrigada a reestruturar sua dinâmica em função de novas exigências.

Compete então ao EESIP deter conhecimento sobre métodos de avaliação e intervenção familiar de forma a conhecer as características dos seus clientes e identificar qual o impacto que a doença e hospitalização nos mesmos. Pode, assim, adequar a sua intervenção às necessidades, expectativas, conhecimentos e habilidades de cada díade

(criança/família), devolvendo um plano de cuidado que promova a sua melhor adaptação ao processo de transição e restabelecimento do seu equilíbrio.

1.3. ACOLHIMENTO: DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Uma vez revistos e sistematizados conceitos face à temática das cartas terapêuticas e parentalidade, dá-se a possibilidade ao enfermeiro de, no sentido da promoção de papel parental e estabelecimento de relações de parceria com a criança/família, dinamizar esta intervenção. Como já referido acima, para tal, é fundamental uma adequada avaliação e intervenção familiar durante todo o processo de acolhimento da criança/família nas instituições de saúde. Emerge, então, a necessidade de se abordar o conceito de acolhimento, integrado na prestação de cuidados de enfermagem.

Para Formarier (2000), acolher, enquanto ritual da vida social, corresponde à fase inicial do processo de socialização, constituindo o ponto de partida para o estabelecimento de qualquer relação social. No entanto, a mesma autora salienta que acolher não se resume a um mero ritual da vida em sociedade; para os profissionais de saúde ele é, também, um acto de cuidar.

A arte de bem cuidar só é possível tendo presente a máxima qualidade do acolhimento e das relações que nesse momento de aproximação se estabelecem, encarando-o como uma ótima fonte de informação para perceber as reais necessidades manifestadas pelo cliente e sua rede familiar (Bernardo, 1996). Com o objectivo de responder da forma mais adequada a essas necessidades, o mesmo autor realça a importância dos profissionais conjugarem, em simultâneo, a competência científica actualizada, com um efectivo e pertinente esforço de acolhimento empático para se alcançar um relacionamento verdadeiramente terapêutico, respeitador das diferenças e da dignidade intrínseca de cada um.

Martins (1992) citando Killilea, salienta que o que pode ser rotina para os profissionais de saúde que acolhem a criança no serviço, representa sempre, para ela e para os pais, uma situação de crise, isto é, um período de desequilíbrio psicológico e físico que temporariamente diminui as suas capacidades habituais de enfrentar os problemas. Só aceitando e valorizando as diferenças, se consegue promover um acolhimento adaptado às especificidades de cada cliente. Formarier (2000) apoia esta

ideia, considerando que quem acolhe não se deverá centrar em protocolos de acolhimento estritos, estereotipados e desumanizados. Em vez disso, o acolhimento nas instituições de saúde deverá constituir um acto profissional baseado em conceitos importantes, como os de adaptação e ajuda, que constituem em si mesmo o cerne da profissão de enfermagem.

Outros autores consideram que a palavra acolhimento ultrapassa a noção de recepção ou de primeiro contacto, realçando que os espaços de acolhimento se deverão repetir com uma periodicidade regular, permitindo aos pais sentirem-se permanentemente informados e envolvidos na equipa multidisciplinar. Todos estes momentos permitem a formação de relações calorosas, personalizadas e de confiança (Brito, 2006).

Considera-se que a apresentação de toda a equipa multidisciplinar, bem como das instalações do serviço, constitui também um aspecto importante do acolhimento, o qual visa minimizar o medo do desconhecido (Machado, 2000; Brazelton, 2004).

O acolhimento, representa assim o momento de conhecer um pouco a criança e sua família, seus hábitos e comportamentos. É também neste momento que o profissional de saúde deverá insistir numa recolha de dados objectiva, para obter uma avaliação inicial o mais completa possível (Jorge, 2004; Brito, 2006), sendo que compete ainda ao enfermeiro, nesta fase, ceder a informação adequada e apoio ajustados, demonstrar competência, dedicação e segurança (Bernardo, 1995).

Sintetizando, compete ao enfermeiro, durante toda presença das criança e família nas instituições de saúde, acolhe-los num contínuo, identificando suas características, necessidades e expectativas, no sentido do estabelecimento de um plano de cuidados personalizado e relação de efectiva parceria. O acolhimento é, então, utilizado como um pilar de um cuidar com qualidade, podendo as cartas terapêuticas surgir como uma ferramenta ao serviço do fortalecimento desta relação implícita.

2. DESENVOLVIMENTO DO PERCURSO REALIZADO

No presente capítulo será elaborada uma breve descrição dos contextos de estágio, ao que se segue a enunciação dos objetivos propostos para cada um dos mesmos. Segue-se a descrição, análise crítica e reflexiva das atividades realizadas, evidenciando-se as competências adquiridas ou desenvolvidas em cada contexto da prática clínica.

2.1. MÓDULO I

O primeiro módulo da unidade curricular estágio dividiu-se em dois momentos de prática clínica: o primeiro decorreu durante 3 dias, numa instituição/serviço de recursos comunitários; o segundo respeitou ao período de estágio em contexto de centro de saúde.

Particularizando o primeiro período decorreu na Unidade W+, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e o segundo na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António (UCSP Sto. António).

Segue a caracterização, diagnóstico de situação e análise crítica e reflexiva respeitante a cada contexto deste período de estágio.

2.1.1. Unidade W+

Caracterização do contexto

A prática em contexto de recursos comunitários, decorreu especificamente na Unidade W+, uma unidade orgânico funcional da SCML, a qual oferece um conjunto variado de respostas dentro da área da saúde, cuja população alvo são adolescentes e jovens adultos, com idades compreendidas entre os 12 e 24 anos de idade, institucionalizados na SCML ou residentes na cidade de Lisboa. Note-se que a cada nova inscrição na Unidade, procede-se a uma consulta de enfermagem e de psicologia, para avaliação das características e necessidades do cliente, no sentido da elaboração do seu plano de assistência.

A unidade W+ encontra-se sediada numa zona nobre de Lisboa, com boa acessibilidade e dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por: enfermeiros; médicos; psicólogos; assistente social; terapeutas ocupacionais; monitor informático e monitor de actividades de tempos livres (ATL), auxiliares, administrativos e seguranças. A sua estrutura física conta com 1 piso num edifício de andares, onde se encontram, os gabinetes de enfermagem, secretariado e gabinetes médicos e uma loja onde dispõe de centro multimédia e biblioteca, zona de convívio, sala de actividades, gabinetes de psicologia, ginásio e balneários.

A intervenção do enfermeiro remete principalmente para a área da educação para a saúde. As consultas de enfermagem são programadas e não programadas, adoptando-se um sistema de porta aberta que funciona das 09 horas às 18 horas. Realizam-se também reuniões de articulação com instituições com que exista protocolo estabelecido, no sentido de discutir casos de encaminhamento ou referenciação de utentes.

No que respeita à consulta de enfermagem, é realizada então consulta de enfermagem do adolescente, onde se abordam essencialmente as temáticas relativas: às mudanças corporais; relacionamentos afectivos e sexuais; prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis; cuidados durante a gravidez e ao recém-nascido.

Para além do apoio e consulta de enfermagem a Unidade dispõe de consulta médicas e de psicologia, ATL (essencialmente de cariz desportivo), organização de campanhas de rua, colónias de férias, visitas de estudo, palestras e formações na instituição e exterior, programas de reinserção social dos adolescentes.

Os principais protocolos encontram-se estabelecidos com o Hospital Dona Estefânia e Maternidade Alfredo da Costa e restantes unidades funcionais da SCML. Para estes dois hospitais de referência são encaminhados os clientes para a consulta de adolescentes grávidas e de interrupção voluntária da gravidez.

Diagnóstico de situação

Após o acima descrito importa salientar o ambiente criado pelos enfermeiros na consulta do adolescente e outras actividades em que com ele interagem. Ambiente este de proximidade na relação e comunicação, no sentido do estabelecimento de uma relação de confiança para com o cliente.

Toda a atmosfera se encontra adaptada para o atendimento aos adolescentes e adultos jovens, com o intuito de os convidar a recorrerem à Unidade e aderirem aos programas disponíveis. Trabalha-se então no sentido da promoção da saúde e assegurar

a vigilância de saúde e doença dos adolescentes e jovens, na sua maioria de risco ou em risco.

Remetendo para a temática em estudo, este era um contexto fértil em termos de processos de comunicação e relação entre o enfermeiro e o cliente. Notória a preocupação com a proximidade de linguagem, importância de uma atitude de compreensão e total disponibilidade e de negociação por parte do enfermeiro, no sentido de fomentar a adesão do cliente às consultas e planos, bem como para maximização do seu na gestão do seu processo de saúde/doença e actividades quotidianas.

Fundamental também a disponibilidade por parte da equipa de enfermagem e enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, para abraçar novos processos e trabalhar no sentido da melhoria contínua das suas práticas, bem como para a partilha da sua experiência e saberes.

Objectivos específicos e actividades realizadas

Neste sentido para o período de estágio na Unidade W+ foi delineado com objectivo específico o: **identificar processos de comunicação e relação entre o enfermeiro e adolescente/jovem adulto**. Tal objectivo visava o conhecer de uma nova realidade e identificação destes mesmos processos na relação com o cliente alvo, realçando os possíveis formatos ocultos de cartas terapêuticas utilizadas nesta interacção. Pretendeu-se assim adquirir novas experiências e conhecimentos específicos face ao atendimento do adolescente e jovem adulto que permitirão o desenvolver competências para a utilização das cartas terapêuticas como intervenção promotora de comunicação e relação.

Num período muito curto de tempo, para o cumprimento do objectivo delineado, procurou-se conhecer a dinâmica funcional e organizacional da Unidade W+, identificar o papel do enfermeiro, projectos em curso e parcerias estabelecidas e identificar os processos de comunicação e relação utilizados, partilhando também com a equipa de enfermagem experiência e conhecimentos relativos à temática das cartas terapêuticas e sua possível aplicabilidade na relação terapêutica com adolescentes/jovens adultos.

Contudo, apesar da breve permanência neste local, foi possível estabelecer-se uma dinâmica de observação e colaboração nos cuidados ao adolescente/jovem adulto, traduzindo-se no acompanhamento de consultas e prestação de cuidados de enfermagem. Esta participação possibilitou então a reflexão sobre a intervenção do

ESIP, nomeadamente, ao nível da promoção da saúde, identificação de situações de risco para o adolescente e gestão de casos de adolescentes de risco ou em risco.

Análise crítica e reflexiva do processo de aprendizagem

Dado por atingido o objectivo proposto e actividades inerentes, salienta-se, relativamente à aprendizagem decorrente deste estágio, a importação para o contexto profissional dos princípios orientadores para a relação entre o enfermeiro e adolescente/jovem adulto observados no contexto. Tal revela-se fundamental numa altura em que o atendimento pediátrico se estende até aos 18 anos de idade.

Os formatos ocultos de cartas terapêuticas identificados foram então os contratos realizados por escrito no âmbito do atendimento em casos de pedopsiquiatria ou psiquiatria, os bilhetes ou desenhos que os adolescentes oferecem aos enfermeiros ou trocam entre si como actividades propostas.

Como percepção dos enfermeiros do contexto, especialmente da enfermeira especialista, ficou patente que pela sua experiência a intervenção cartas terapêuticas seria perfeitamente aplicável no sentido do estabelecimento de uma relação com o adolescente e como técnica de comunicação, nomeadamente utilizando o relato escrito para a partilha de sentimentos e vivências e sua melhor consciencialização por parte do cliente. Tal vai ao encontro das concepções defendidas por White e Murray (2002), relativamente à aplicabilidade das cartas terapêuticas na intervenção com adolescentes.

Com uma maior permanência neste contexto, seria então pertinente a introdução sistematizada da intervenção das cartas terapêuticas, cuja intencionalidade e âmbito de aplicação teria de ser estudado e definido. Posteriormente, constituiria uma mais valia avaliar o impacto da intervenção junto dos clientes, dado que são os próprios que melhor poderão atribuir significado às mesmas, evidenciar ou não os seus benefícios para a vivência do seu processo de saúde doença e acompanhamento na Unidade. Paralelamente, constituiria para a prática profissional uma mais valia a prestação de cuidados integrada naquela equipa de enfermagem durante um período maior de tempo.

A nível do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, importa salientar que esta experiência se revelou rica em áreas de actuação particular, possibilitando assim a reflexão sobre o papel do EESIP, dando-se início ao desenvolvimento de algumas competências, designadamente: “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor (...) da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.”, nomeadamente aos nível dos processos de

negociação, comunicação e utilização de estratégias motivadoras; “diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.”; “comunica com a criança (...) de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.”; “promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35); “reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 122/2011, D.R. II Série. 35).

2.1.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António

Caracterização do contexto

A UCSP de Sto. António situa-se na Freguesia do Feijó, localizada no extremo sul do Concelho de Almada, Distrito de Setúbal, sendo que de acordo com os Censos de 2001 possui uma população de 15 575 habitantes. Constituindo-se como freguesia em Junho de 1993, actualmente o Feijó assiste a uma acentuada expansão urbanística e um exponencial crescimento demográfico, revelando-se uma das freguesias mais populosas do concelho.

Esta unidade pertencente então à Península de Setúbal I – Agrupamentos de Centros de Saúde de Almada, estando inserida na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-região de Saúde de Setúbal e na Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra, a qual é constituída por um total de sete centros de saúde e o Hospital Garcia de Orta.

A UCSP de Sto. António foi, então, constituída em 2005, após divisão do anterior Centro de Saúde do Feijó, em Unidade de Saúde Familiar Feijó e UCSP Sto. António. Até Dezembro de 2009 encontravam-se um total de inscritos na unidade de 15 981 clientes, sendo que 3 497 tinham menos de 20 anos de idade. Note-se que analisando as idades da população inscrita nesta unidade se verifica que a sua maioria compreende idades entre os 25 e os 54 anos, sendo portanto uma população jovem, em idade activa e fértil.

Quanto à sua estrutura física, esta unidade localiza-se no piso térreo de um edifício de 2 pisos, sendo que no primeiro andar funciona a Unidade de Saúde Familiar Feijó. Salienta-se que a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil se localiza numa área reservada à saúde da criança e mulher, com sala de espera diferenciada e com ambiente adaptado às características das crianças. O seu funcionamento decorre nas 09:00 às

17:00 em todos os dias úteis, sendo hábito a marcação com enfermeira de horário para atendimento de enfermagem.

Relativamente à equipa multiprofissional, esta unidade dispõe de auxiliares administrativos, assistentes operacionais, segurança, médicos e enfermeiros. No que respeita à equipa de enfermagem, esta é formada por um total de 10 enfermeiros, sendo que dois elementos são especialistas em saúde infantil (incluindo enfermeira chefe), adoptando-se como método de trabalho o enfermeiro interlocutor por programa. Assim, apesar de todos os enfermeiros estarem integrados nos diversos programas da unidade, cada programa tem atribuído seu enfermeiro responsável, o qual assegura a sua dinamização na maioria das vezes. Consequentemente, a enfermeira orientadora de estágio, especialista em saúde infantil e pediatria, assume-se como a interlocutora do programa de saúde infantil e de saúde escolar, acumulando ainda funções de gestão de recursos materiais da unidade.

Diagnóstico de situação

O presente contexto apresentou-se como uma mais-valia para o desenvolvimento de conhecimentos no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, no que respeita às crianças e adolescentes. Constituiu um factor determinante para tão enriquecedora experiência o facto da enfermeira orientadora ser a principal prestadora de cuidados à criança, dispondo de um atendimento de enfermagem e actividades de saúde escolar extremamente organizadas, com elevada taxa de adesão.

Note-se que durante o período de estágio passaram pela consulta de vigilância de saúde infantil um total de 362 clientes, sendo que 17 eram recém-nascidos (constituindo novas inscrições na unidade), e 194 apenas recorreram à unidade para atendimento de enfermagem.

Salienta-se a dedicação da equipa de enfermagem, designadamente da enfermeira orientadora, no que respeita aos cuidados em parceria com os utentes, demonstrando disponibilidade, competências de comunicação e relação que conduziam os pais a uma relação de confiança e frequente procura na mesma no sentido do apoio na gestão dos processos de crescimento/desenvolvimento e saúde e doença dos filhos.

Ao nível da vigilância de enfermagem de saúde infantil, como já referido, eram incentivados os pais a marcarem horário específico para o atendimento, assegurando-se a vigilância frequente das crianças pelo menos até aos 2 anos, com especial atenção às

crianças em processo de aleitamento materno ou diversificação alimentar, de acordo com as necessidades identificadas em cada consulta.

No que concerne ao sistema de registos de enfermagem, nesta consulta já se procede a registo em linguagem classificada segundo a versão beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, utilizando-se o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, como aplicativo informático. Todavia, ressalva-se que num processo ainda de adaptação os instrumentos de registo de avaliação familiar e os focos de atenção para a prática de enfermagem e inerentes intervenções, ainda não eram utilizados na sua total potencialidade.

Relativamente à temática em estudo, destacam-se alguns objectivos definidos no plano de acção de 2010 pela enfermeira orientadora e enfermeira chefe para a consulta de vigilância de enfermagem de saúde infantil e programa de saúde escolar, que com ela se relacionam: garantir a realização de consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 2 anos, no que respeita às actividades de valorizar os cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e prevenção da doença e apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar; contribuir para a promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida da criança, nomeadamente incentivando a amamentação exclusiva até aos 6 meses e após a diversificação alimentar e manter o aleitamento até aos 2 anos;

Destaca-se assim uma prática de enfermagem intencional, organizada e sistematizada, com vista aos ganhos de saúde da criança/família e sua avaliação com o objectivo da prestação de cuidados de saúde seguros, de qualidade e individualizados às características da população alvo.

Objectivos específicos e actividades realizadas

Como objectivos para a prática neste contexto foram definidos:

- Desenvolver competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de cuidados de saúde primários;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação;
- Introduzir a prática de elaboração e entrega de cartas terapêuticas;
- Sistematizar a intervenção acolhimento à família na consulta de vigilância de saúde infantil.

Após a definição de objectivos, foram então, planeadas e realizadas as seguintes actividades:

- Reunião com enfermeiro chefe e orientador de estágio para apresentação e validação do projecto;
- Conhecimento da dinâmica funcional e organizacional dos programas de intervenção em saúde infantil disponíveis na UCSP de Sto. António; identificação do papel do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria; identificação das características da população-alvo. Com o intuito de conhecer a realidade em si, o que esperar e qual o âmbito de intervenção naquele contexto, podendo assim organizar actividades adaptadas as mesmo e seus clientes;
- Observação participante dos cuidados à criança e família;
- Observação de duas sessões de formação, relativas à temática da alimentação saudável, em contexto de jardim-de-infância e escola de 1.º ciclo, realizadas pela enfermeira orientadora de estágio;
- Prestação de cuidados à criança e família em colaboração com orientador de estágio;
- Identificação das práticas de acolhimento à criança e família e forma de avaliação familiar;
- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem relativas às temáticas das cartas terapêutica e acolhimento à criança e família, mediante aplicação de questionário de preenchimento (ANEXO II);
- Realização de uma sessão de formação relativa à temática de cartas terapêuticas (ANEXO III), tendo-se por base diagnóstico de situação, consequente planeamento, sua dinamização e avaliação;
- Elaboração de fundamentação teórica relativa à temática de cartas terapêuticas, sob a forma de artigo (ANEXO IV);
- Elaboração e entrega de cartas terapêuticas para:
 - Reconhecimento do papel parental na promoção de saúde do filho (ANEXO V);
 - Reconhecimento de competências da criança na gestão do processo de saúde/doença (nomeadamente, controlo de situações de stress/dor) (ANEXO VI);
 - Promoção do aleitamento materno/reconhecimento de competências parentais (ANEXO VII).
- Dinamização de uma sessão de partilha para os pais relativa ao tema Ser Pai: conquistas e oportunidades, tendo-se para tal elaborado cartaz de divulgação

(ANEXO VIII), suporte para elaboração de Carta de e para um Pai (ANEXO IX), formulário para avaliação da sessão (ANEXO X); Cartão de Agradecimento (ANEXO XI);

- Avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas (ANEXO XII);
- Elaboração de folheto para acolhimento dos pais/acompanhantes da criança/adolescente à consulta de vigilância de saúde infantil (ANEXO XIII);
- Elaboração de documento orientador para a elaboração e entrega de cartas terapêuticas e realização de acolhimento na consulta de vigilância de saúde infantil, sob a forma de normas de procedimento (respectivamente, ANEXOS XIV e XV);
- Realização de pesquisa bibliográfica.

Análise crítica e reflexiva do processo de aprendizagem

Reflectindo sobre este período de estágio neste contexto salienta-se a sua grande contribuição no sentido da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências do EESIP. Foram então realizadas todas as actividades delineadas e consequentemente atingidos os objectivos propostos. Salienta-se a grande mais-valia que consiste em prestar cuidados à criança e família num contexto em todo divergente da prática profissional, com possibilidade de maior capacidade de organização e programação e também maior disponibilidade para a interacção e estabelecimento de relação de efectiva parceria entre enfermeiro/cliente.

Tal possibilitou sem dúvida a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas competências que se poderão transpor para a prática profissional, nomeadamente no que se refere às áreas da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e cuidados antecipatórios. Remetendo para outro ponto, destaca-se a preocupação com realização de uma sessão de formação, revisão e elaboração de normas de procedimentos, bem como da avaliação das intervenções de enfermagem realizadas, integrando práticas informais como intervenções autónomas dos enfermeiros e avaliando-as juntos dos enfermeiros e clientes (destaca-se a sistematização das intervenções cartas terapêuticas e acolhimento à criança e família na instituição).

No que concerne à dinamização de sessão de formação e de partilha entre pais, revisão e elaboração de normas de procedimentos, acresce-se referir que se considerou,

não só a pesquisa bibliográfica, como os recursos informáticos para registo de enfermagem e tipo de linguagem utilizada.

Reflectindo sobre o papel do EESIP neste contexto, ressalva-se que este é considerado elemento de referência para a equipa de enfermagem no que respeita aos cuidados à criança e família, promotor da formação e mudanças das práticas de enfermagem nessa área específica. Assume-se também como líder informal, sendo o elemento a que todos os enfermeiros recorrerem para a tomada de decisão na ausência da enfermeira chefe. Acresce-se ainda as suas funções de gestão dos recursos materiais. Tal vai ao encontro das competências preconizadas para o enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 122/2011, D.R. II Série. 35).

A prestação de cuidados desenvolveu-se numa lógica autónoma e especializada, integrada na equipa multidisciplinar e desenvolvendo-se uma metodologia de trabalho eficaz nos cuidados à criança e família, atendendo aos princípios da responsabilidade profissional, ética e legal. Prestaram-se cuidados em contexto de consulta de vigilância de enfermagem de saúde infantil, englobando as áreas: de vigilância de crescimento e desenvolvimento; promoção da saúde; promoção do aleitamento materno; promoção da parentalidade; vacinação; detecção de situações de risco, nomeadamente no que concerne à obesidade infantil; transmissão cuidados inerentes a situações de doença ou encaminhamento se necessário. Surge, também, como oportunidade de aprendizagem a observação de duas sessões de formação, relativas à temática da alimentação saudável, em contexto de jardim-de-infância e escola de 1.º ciclo, emergindo a importância das técnicas de comunicação, relação e de dinamização de uma sessão formativa adaptadas aos estádios de desenvolvimento das crianças.

Consciente de que o cuidar especializado do EESIP deve ter por base um modelo conceptual centrado no binómio criança/família (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35), foram desenvolvidas intervenções no sentido da promoção da parentalidade e aleitamento materno, assumpção dos papéis de saúde por parte da criança/adolescente e família. Evidencia-se, desta forma, a atenção relativa a desenvolver uma dinâmica de parceria com a criança/família, orientando-se as práticas com o objectivo de responder às necessidades e expectativas de ambos, promovendo o mais elevado nível de saúde e facilitando a sua adaptação às mudanças a nível da saúde/doença e dinâmica familiar (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

Na prestação de cuidados procurou-se então trabalhar em parceria com as crianças/adolescentes e família/acompanhantes, identificando suas necessidades e

expectativas face à gestão do processo de saúde, crescimento e desenvolvimento, de forma a identificar os focos de atenção para cada cliente e intervenções a serem realizadas.

Desenvolveram-se os processos de comunicação e relação na interacção com a criança/família. Alertou-se a equipa sobre importância do reconhecimento de aquisição de conhecimento ou desenvolvimento de habilidades por parte do cliente e promoveu-se reforço positivo ao mesmo. Foram ainda entregues as diversas cartas terapêuticas elaboradas, tendo-se boa receptividade tanto por parte das crianças como dos pais.

A ressaltar que a intencionalidade das cartas elaboradas e momentos chave para sua entrega, tiveram não só em conta o diagnóstico de situação realizado, características da população-alvo e negociação com enfermeiras chefe e orientadora de estágio, como a pesquisa bibliográfica realizada e os objectivos definidos para a consulta de vigilância de enfermagem de saúde infantil em plano de acção para 2010. Note-se que duas das cartas terapêuticas foram elaboradas em contexto de formação sobre a temática, com o objectivo de aumentar o sentimento de pertença dos enfermeiros face a este instrumento e assim incentivar a sua implementação e continuidade da prática.

Acresce-se referir que a opção por elaborar cartas terapêuticas com algum conteúdo informativo, bem como de construir guia de acolhimento à consulta de vigilância de saúde infantil, teve por base a ideia de que a educação do cliente é a pedra fundamental para uma boa adesão ao plano de vigilância e tratamento, contudo o fornecimento de conclusões escritas, revela-se essencial para auxiliar os pais a esclarecer os pontos ambíguos e a desempenharem o seu papel (Frankenburg, 1995). Estudos mais recentes, na área da diabetes, vêm consubstanciar tal ideia, na medida em que se demonstra que o material escrito tem uma contribuição valiosa para o desenvolvimento de habilidades e favorecimento de autonomia do indivíduo (Torres [et al.], 2009). Quanto à elaboração de normas de procedimento, estas remetem para o respeito pelo conceito de Boa Prática de Cuidados, sendo que o mesmo pressupõe a aplicação de linhas orientadoras, baseada em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, visando-se obter respostas satisfatórias por parte dos clientes e profissionais quando da resolução de problemas de saúde específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Neste sentido, destaca-se a importância de desenvolver práticas com qualidade, uniformizadas, eficazes, seguras e passíveis de serem avaliadas, aumentando a qualidade assistencial à criança e família. Como estratégia adoptou-se a elaboração de normas de procedimento, que têm por

objectivo constituir instrumentos de trabalho que suportam a tomada de decisão de quem presta cuidados e conduzem a uma prática orientada e sistematizada.

Assim, mediante a prestação de cuidados neste contexto, atingiu-se o objectivo relativo ao **desenvolvimento de competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de cuidados de saúde primários**. Desta forma, foram desenvolvidas competências específicas do EESIP, nomeadamente: “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar”; “proporciona conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”; “utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar”; “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”; “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”; “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...), deficiência/incapacidade”; “promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

A par da prestação cuidados, o desenvolvimento de actividades relacionadas com vista à abordagem da temática em causa, permitiu atingir o objectivo: **desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação**. Desta forma, desenvolveram-se as competência de: “implementa e gera, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, com especial enfoque nos processos de comunicação e na utilização de estratégias criativas e motivadoras a assumpção dos seus papéis em saúde; “promove a vinculação de forma sistemática (...)”; “promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

As actividades de sistematização de normas referentes ao acolhimento e cartas terapêuticas, elaboração de guia de acolhimento à consulta de vigilância de saúde infantil e avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção cartas terapêuticas deram resposta aos objectivos de: **introduzir a prática de elaboração e entrega de cartas terapêuticas; sistematizar a intervenção acolhimento à família na consulta de vigilância de saúde infantil**. Destaca-se, assim, o desenvolvimento de competências

no que se refere à: reflexão críticas na e sobre a prática; comunicação não só de aspectos complexos de âmbito profissional e académico, como dos resultados da própria prática clínica, aos enfermeiros; formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; produção de um discurso fundamentado, tendo por base diversas perspectivas sobre os problemas de saúde em discussão; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento na área de especialização e de consciência crítica para os problemas da prática clínica relacionados com o cliente; abordagem de situações complexas com iniciativa e de um modo sistemático e criativo, relativas à criança e família; promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; zelo pelos cuidados prestados na área de especialização (UCP, 2009); actuação como formador oportuno em contextos de trabalho, dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento na prática de cuidados, tendo por objectivo ganhos em saúde dos clientes; identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; interpretação e organização de dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, bem como da prática clínica especializada (Regulamento n.º 122/2011, D.R. II Série. 35).

Importa deixar aqui também referência aos resultados obtidos mediante a avaliação da sessão de partilha por parte de pais, como da avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção cartas terapêuticas, realizada no término do estágio após implementação de todas outras actividades e de uma semana de entrega das cartas terapêuticas elaboradas para aquele contexto.

Relativamente à sessão de partilha entre pais, note-se que teve boa adesão, tendo a mesma sido dinamizada em contexto de sala de espera a um total de seis pais que aguardavam consulta médica e de enfermagem. A abordagem da temática Ser Pai: conquistas e oportunidades, possibilitou uma fácil partilha de experiências entre os pais e reflexão, sendo que se revelou deveras interessante o momento de elaboração de Carta de e para um Pai e entrega da mesma aos pais.

Esta sessão foi então posteriormente avaliada apenas por quatro mães de crianças com idades compreendidas entre os nove meses e os seis anos de idade. Todas consideraram a sessão importante, visto que possibilitou a partilha de opiniões, de informação por parte dos profissionais e dos pais, de dúvidas dos pais e o reconhecimento do seu papel enquanto pais. Também todos os inquiridos referiam ter interesse em que novas sessões de partilha/informação fossem realizadas, sugerindo

como temáticas a abordar a educação, alimentação, vacinação, importância do acompanhamento médico, como criar auto-estima nos pais.

No que concerne à avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas, apenas uma enfermeira da equipa não havia procedido à entrega por motivos de férias, sendo que os restantes elementos as entregaram destacando-se os contextos da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e a Sala de Vacinação.

A maioria dos inquiridos classifica a contribuição da entrega de cartas terapêuticas para o estabelecimento de uma relação de parceria entre o enfermeiro e criança/família como muito importante (80%) e os restantes como importante.

Como percepções face à reacção da criança/família aquando da entrega da carta terapêutica destacam-se: incentivo à adesão às consultas de vigilância e vacinação; motivação para o cumprimento dos comportamentos de saúde; alegria; satisfação; segurança; sentimento de protecção entre enfermeiro e criança/família; reacção positiva e de aceitação muito satisfatória da carta.

Todos os enfermeiros referem então tencionar dar continuidade a esta intervenção, salientando como sugestões para a sua continuidade ou melhoria: relembrar contínuo do papel das cartas terapêuticas no sentido do estabelecimento e reforço da relação de ajuda; partilha da experiência com pares; maior adequação da intervenção às necessidades identificadas, tendo em vista a sua melhoria continua.

Uma maior permanência neste contexto possibilitaria então a partilha destas avaliações de uma forma mais formal com toda a equipa de enfermagem, bem como a avaliação da percepção dos utentes face a esta intervenção. A par, seria relevante elaborar um plano para sessões de partilha, abordando-se, nomeadamente, as temáticas referidas pelos pais. Curioso, ainda, seria colaborar na constituição da consulta de adolescentes, projecto da unidade, e planear a intervenção cartas terapêuticas dirigida aos mesmos.

2.2. MÓDULO II

O segundo módulo da unidade curricular estágio respeitava ao período de prática clínica em contexto de internamento pediátrico.

Este módulo foi então realizado na Unidade de Infecçologia e Gastroenterologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria (HSM).

Segue-se a caracterização, diagnóstico de situação e análise crítica e reflexiva no que concerne a este período de estágio.

Caracterização do contexto

A Unidade de Infecçologia e Gastroenterologia Pediátrica do HSM, foi recentemente reinaugurada pelo Departamento da Criança e da Família do Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Mantendo-se a equipa de profissionais de saúde, salienta-se que a reestruturação física da unidade constituiu uma mais-valia, no sentido em que as adequadas condições físicas para o internamento das crianças e seus acompanhantes e de salubridade foram garantidas. Salientam-se então como força motriz desta mudança os princípios de humanização, dignidade e qualidade.

A unidade divide-se então em dois centros de custo, duas unidades funcionais, a ala de Gastroenterologia e a ala de Infecçologia. A primeira dispõe de oito vagas, distribuídas por quartos duplos. A segunda compreende seis quartos de isolamento, dois com antecâmara e opção de pressão negativa. Note-se que todos os quartos dispõem de WC, para uso comum das crianças/adolescentes e acompanhantes. Como espaços comuns existe gabinetes médicos e de enfermeira chefe, copa de pessoal e de serviço, sala das brincadeiras, sala de hospital de dia, sala de enfermagem, sala de pais, dois armazéns, WC's de pessoal e sala de reuniões.

Em gastroenterologia os motivos de internamento mais frequentes são: gastroenterites agudas; pancreatites; hepatites; ingestão de substâncias cáusticas; obstipações; distúrbios alimentares; internamentos programados para realização de exames complementares de diagnóstico da especialidade. Em infecçologia salientam-se como patologias mais frequentes: tuberculoses; crianças que necessitam de isolamento protector por imunossupressão ou imunodepressão; celulites; abscessos peri-amigdalinos; impetigos; complicações de varicela; bronquiolites, entre outros. A admissão dos clientes normalmente faz-se através da Urgência Pediátrica do HSM, sendo também frequente a transferência inter-hospitalar por falta de apoio da especialidade médica nesses contextos.

A unidade contempla ainda a área de Hospital de Dia, tanto de Gastroenterologia como de Infecçologia. O seu atendimento é feito preferencialmente por marcação, tanto para o atendimento médico como para de enfermagem, principalmente durante o turno

da manhã nos dias úteis da semana. No que respeita às intervenções de enfermagem, neste contexto realiza-se principalmente colheitas de sangue para reavaliações analíticas, administração de terapêutica endovenosa, como imunoglobulinas ou ferro, ou procede-se a realização de treino intestinal. Note-se que praticamente todos os dias da semana se verifica atendimento em hospital de dia, principalmente na área de gastroenterologia.

Quanto a recursos humanos conta-se com duas equipas médicas, uma de infecciólogias pediátricos e outra de gastroenterologias pediátricos, secretários de unidade, assistentes operacionais, uma equipa de enfermagem comum, uma educadora e voluntários. A equipa de enfermagem possui uma única chefe para os dois centros de custo, que conta com uma enfermeira de referência para cada área. Note-se que esta é uma equipa já constituída há vários anos, sendo que pela sua experiência e prática profissional são consideradas peritas na sua área de intervenção. A maioria dos enfermeiros é graduada, sendo que apenas duas enfermeiras são especialistas.

Diagnóstico de situação

O presente contexto apresenta-se como um contexto com ampla variedade de situações clínicas e experiências, factor este também potenciado pelo facto de nele se atender crianças desde a idade de recém-nascido até à de jovem adulto, no caso de doentes crónicos.

Preconiza-se o atendimento individualizado aos clientes internados ou em regime de hospital de dia, na medida em que no decorrer do atendimento a equipa de enfermagem procura trabalhar numa lógica de enfermeiro de referência, apesar de tal metodologia não estar sistematizada ou assumida formalmente. Tenta-se então que a criança/adolescente seja acompanhada sempre que possível pelos mesmos enfermeiros, no sentido do estabelecimento de uma melhor continuidade de cuidados e, nomeadamente em contexto de hospital de dia, para melhor adesão ao plano de tratamento e vigilância por parte do cliente (entenda-se criança/adolescente e acompanhantes).

Quanto aos processos de comunicação e relação com os clientes é assumida uma lógica de parceria de cuidados. Considera-se a criança/adolescente e seus acompanhantes como importantes fontes de informação e peça fundamental na gestão do processo de doença. Frequente é a preocupação de integrar os adolescentes e todos os pais nos cuidados, dando-lhes papéis activos durante o processo de internamento e

após a alta. Apesar desta lógica, não é dado devido relevo à formal avaliação e intervenção familiar, bem como num contexto tão fértil para estas intervenções (quer em internamento, quer em contexto de hospital de dia) não se trabalhar formalmente o desenvolvimento de conhecimento e aquisição de competências por parte do cliente e descara-se com frequência os processos intencionais de feedback aos mesmos sobre a sua participação na gestão do processo saúde/doença.

Não se encontra, então, sistematização ou uniformização de várias práticas, bem como um assumir formal da filosofia de cuidados de enfermagem. Nomeadamente, em termos do processo de acolhimento ao cliente na unidade, existe uma informação que é passada oralmente ao mesmo pelo enfermeiro que o recebe no serviço e é entregue um guia de acolhimento. Todavia, não só não existe uma norma de procedimento associada a tal intervenção, como não é registada a intervenção realizada em registos de enfermagem ou sequer é dada continuidade à mesma durante o internamento ou aquando do reinternamento de clientes com patologia crónica, o que se sabe hoje em dias ser um factor importante para o seu sentimento de pertença e unicidade naquele contexto. Destaca-se que, apesar destas lacunas, a equipa de enfermagem valoriza esta intervenção, emergindo a necessidade de reformular o guia de acolhimento à família tornando-o mais conciso e de mais fácil leitura.

Importante também evidenciar que apesar desta equipa de enfermagem ser constituída por elementos de vasta experiência nos cuidados à criança e adolescentes em situação de doença aguda ou crónica, revela-se uma equipa algo renitente à mudança ou melhoramento das suas práticas assistenciais, bem como pouco motivada para o abraçar de novos projectos, apesar de possuir uma enfermeira chefe bastante dinâmica e desperta para a importância de tal crescimento e inovação.

Objectivos específicos e actividades realizadas

Fase ao diagnóstico de situação realizado e após apresentação do projecto à enfermeira chefe, orientadora de estágio, e consequente adaptação do mesmo às características e necessidades do contexto, estabeleceram-se como objectivos para este contexto:

- Desenvolver competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de internamento de pediatria;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação;

- Introduzir a prática de entrega de cartas terapêuticas;
- Reformular guia de acolhimento à família;
- Elaborar guia de acolhimento para jovens e adolescentes.

No sentido de dar cumprimento aos objectivos definidos foram planeadas e desenvolvidas as seguintes actividades:

- Reunião com enfermeiro chefe para apresentação e validação do projecto;
- Conhecimento da dinâmica funcional e organizacional do serviço;
- Identificação das características da população-alvo;
- Identificação e reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica;
- Observação participante dos cuidados à criança/adolescente e família/acompanhantes;
- Prestação de cuidados à criança e família integrada na equipa multidisciplinar;
- Identificação de práticas de acolhimento à criança/adolescente e família/acompanhantes;
- Reformulação de guia de acolhimento à família adoptando-se a forma de folheto (ANEXO XVI);
- Elaboração guia de acolhimentos para os jovens e adolescentes (ANEXO XVII);
- Elaboração de Diploma de Coragem (ANEXO XVIII);
- Realização de pesquisa bibliográfica.

Análise crítica e reflexiva do processo de aprendizagem

O estágio decorrido neste contexto de prática clínica constitui uma importante aprendizagem, tendo sido realizadas todas as actividades propostas e consequentemente atingidos os objectivos propostos.

O contacto com algumas situações não familiares e necessidade de relembrar algumas técnicas de enfermagem exigiu pesquisa bibliográfica, no sentido de uma prestação de cuidados com qualidade e segurança ao cliente, o que conduz não só ao desenvolvimento da competência de gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da formação inicial e pós-graduada, experiência profissional e pessoal, como da capacidade manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional (UCP, 2009).

Frequente também as conversas informais estabelecidas no seio da equipa de enfermagem, onde se procedeu à partilha de experiências e conhecimentos, conduzindo à reflexão crítica na e sobre a prática, tendo em vista o crescimento profissional e melhoria da qualidade dos cuidados. Inerentemente destaca-se o desenvolvimento de competências no que se refere à: comunicação não só de aspectos complexos de âmbito profissional e académico, como dos resultados da própria prática clínica, aos enfermeiros; formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; produção de um discurso fundamentado, tendo por base diversas perspectivas sobre os problemas de saúde em discussão; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento na área de especialização e de consciência crítica para os problemas da prática clínica relacionados com o cliente; promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (UCP, 2009).

Reflecte-se sobre o papel de prática do EESIP, que neste contexto assumia não só funções de gestão do serviço (sendo que uma das enfermeiras especialista assume a chefia da unidade), como constituía um elemento de referência para a equipa de enfermagem na sua área de especialidade, a nível de conhecimentos e como elemento a auscultar aquando de necessidade de auxílio no processo de gestão de conflitos ou tomada de decisão. Tal vai ao encontro das competências preconizadas para o enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamentos n.º 122/2011 e 123/2011, D.R. II Série. 35).

A prestação de cuidados desenvolveu-se numa lógica autónoma e especializada, integrada na equipa multidisciplinar e desenvolvendo-se uma metodologia de trabalho eficaz nos cuidados à criança e família, atendendo aos princípios da responsabilidade profissional, ética e legal.

Considerando que o cuidar especializado do EESIP deve ter por base um modelo conceptual centrado no binómio criança/família (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35), foram desenvolvidas intervenções, considerando o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a importâncias dos factores de impacto do processo de doença e hospitalização no cliente. Destaca-se, assim, a consciência relativa ao facto do EESIP necessitar de trabalhar em parceria com a criança/família, respondendo às suas necessidades, promovendo o mais elevado nível de saúde e facilitando a sua adaptação às mudanças, não só a nível da saúde, como da dinâmica familiar (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

Durante a prestação de cuidados procurou-se então trabalhar em parceria com as crianças/adolescentes e família/acompanhantes, identificando suas necessidades e expectativas face ao processo de doença e internamento de forma a identificar os focos de atenção para cada cliente e intervenções a serem realizadas.

Deu-se bastante enfoque aos processos de comunicação e relação, tendo constituído uma mais-valia a prestação de cuidados a clientes crónicos já com bastante autonomia ao nível da gestão da sua doença e a adolescentes.

Sempre que pertinente insistiu-se no reforço positivo face a conhecimentos adquiridos ou habilidades desenvolvidas, tendo-se óptimo feedback por parte dos clientes face a esse reconhecimento. Destaca-se o caso em que duas adolescentes aquando da alta elaboraram um desenho com mensagem de reconhecimento a toda a equipa de enfermagem, o que por sua vez constitui um formato possível de carta terapêutica.

Note-se que para a elaboração dos guias de acolhimento teve-se, não só em consideração pesquisa bibliográfica, como a informação contida em guia anterior do serviço, que equipa desejou que fosse mantida dado que tinha sido revista no ano de 2009 e ainda se mantinha actual. Optou-se pela elaboração de um guia de acolhimento aos jovens e adolescentes porque não só a teoria consubstancia a importância desta atenção dirigida ao mesmo, como as características do serviço o justificam, dado que diversos adolescentes permanecem internados ou recorrem ao hospital de dia sem acompanhantes.

Para a ilustração dos guias e diplomas de coragem contou-se com a generosa colaboração da educadora do serviço e adolescentes internados, que demonstraram óptima receptividade quando lhes foi explicada a pertinência e finalidade de tais instrumentos.

Decorrente da prestação de cuidados neste contexto, atingiu-se o objectivo que remetia para o **desenvolvimento de competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de internamento de pediatria**, tendo-se desenvolvido competências específicas, designadamente: “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar”; “proporciona conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”; “utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar”; “demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades,

implementando respostas de enfermagem apropriadas”; “identifica situações de risco para a criança e jovem”; “avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde”; “facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família”; “mobiliza conhecimentos e habilidades para rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”; “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”; “diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem”; “capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de *coping* e de adaptação” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

Em simultâneo com prestação diária de cuidados, o cumprimento das actividades relacionadas com a temática em causa, possibilitou atingir os objectivos: **desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação; introduzir a prática de entrega de cartas terapêuticas; reformular guia de acolhimento à família; elaborar guia de acolhimento para jovens e adolescentes.** Assim, desenvolveram-se as competência de: “comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”; “utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde”; “procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde”; “demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança”; “promove a auto-estima do adolescente e sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35). A ressaltar que a elaboração dos guias de acolhimento e do diploma de coragem, demonstram a capacidade de tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização e de zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização, no sentido do desenvolvimento de boas práticas (UCP 2009).

Como continuidade do trabalho neste serviço seria pertinente avaliar o impacto da entrega dos Diplomas de Coragem junto das crianças/adolescentes e seus acompanhantes, bem como da sua percepção sobre os novos guias de acolhimento. Seria, então, possível divulgar à equipa de enfermagem os resultados obtidos e talvez assim justificar a pertinência da reformulação de práticas, sua sistematização e uniformização.

Trabalhar-se-ia, assim, no sentido de uma mudança da prática assistencial, no caminho da inovação e melhoria dos cuidados de enfermagem. Reconhecendo-se a importância de práticas simples e exequíveis, as se devem colocar em prática e dar visibilidade, dado que não só contribuem para minimizar o impacto da hospitalização nos clientes, como potenciam a assumpção de papéis na gestão do processo de saúde/doença.

2.3. MÓDULO III

Este sub-capítulo respeita ao período de estágio realizado em contexto de Neonatologia e Urgência Pediátrica. O primeiro foi realizado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital da Luz e o segundo no Serviço de urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta.

Segue-se a caracterização, diagnóstico de situação e análise crítica e reflexiva respeitante a cada contexto de estágio.

2.3.1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Hospital da Luz

Caracterização do contexto

A Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital da Luz destina-se a recém-nascidos que necessitem de cuidados específicos devido a parto prematuro ou a doença. O seu objectivo é prestar os melhores cuidados de saúde, mantendo, tanto quando possível, o recém-nascido próximo da sua família. Poderão nela ficar internados os recém-nascidos que nasceram no Hospital da Luz, assim como os bebés que recorram ao Atendimento Médico Permanente da mesma instituição e necessitem deste internamento específico.

Em termos físicos inclui duas salas, com capacidade para um total de oito incubadoras ou berços. Apenas uma sala, com quatro vagas possibilita ventilação assistida. A sua localização remete para o mesmo piso do internamento de obstetria e ginecologia, revelando-se esta proximidade um factor determinante para a proximidade dos pais e família ao recém-nascido. Existe ainda uma sala de estar e refeitório comum para pais e visitais, que os mesmos podem utilizar mesmo quando a puérpera já teve alta clínica e o recém-nascido permanece internado. Há ainda a possibilidade de ser

reservado um quarto pelos pais, para pernoitarem junto à Unidade durante o internamento da criança se assim o desejarem.

Os motivos de internamento mais comuns consistem nos nascimentos por prematuridade, recém-nascidos com complicações durante o parto ou neonatais e ainda por necessidade de fototerapia.

Conta com uma equipa multidisciplinar, com o permanente de apoio de neonatologista, enfermeiros e assistentes operacionais, que estão presentes na unidade nas 24 horas do dia. Em caso de necessidade, é frequente a solicitação de colaboração por parte de outros profissionais de saúde, nomeadamente pediatras e cardiologistas pediátricos.

Diagnóstico de situação

Este contexto apresenta-se como um serviço recente, numa instituição privada, na qual se privilegia a qualidade dos cuidados de saúde e consequentemente de enfermagem, pautados por uma relação de parceria com a família do recém-nascido. A ressalvar também a disponibilidade da equipa de enfermagem para acolher alunos da especialidade de enfermagem e seus projectos.

Fundamental se revela não só a preocupação com a uniformização, sistematização e revisão constante de procedimentos, bem como com plano de cuidados à díade recém-nascido/pais e registo de sua evolução.

No que concerne à temática em causa, a referir que os processos de acolhimento, comunicação e relação com os pais, no sentido da promoção da aceitação do estado de saúde e parentalidade são frequentes alvos de atenção por parte da equipa de enfermagem.

Para além da filosofia de qualidade dos cuidados de enfermagem e de que estes sejam centrados na família, a referir que a equipa de enfermagem revela cuidado e preocupação aquando do acolhimento na unidade, com a identificação das necessidades e expectativas dos pais para e durante o internamento. Trabalha-se assim na tentativa de responder aos mesmos, informando constantemente os pais sobre evolução clínica da criança, procurando perceber seus sentires face a todo o processo e informações transmitidas, realizando frequentes ensinamentos para a aquisição e desenvolvimento de competências parentais.

Note-se que aquando da admissão na unidade e acolhimento dos pais, se verifica que os pais questionam os profissionais sobre o que é um internamento em neonatologia, qual a experiência de outros pais, qual a duração do mesmo, entre outros.

Também durante a permanência na unidade se verifica a partilha de histórias e vivências entre os vários pais, em jeito de conversa informal entre pares. Alguns pais, aquando de alta, deixam uma fotografia, postal ou nota de agradecimento que a equipa coloca num mural localizado à entrada da unidade. Destaca-se que a maioria destas famílias pertence a uma classe média, ou média-alta, utilizadores do hospital como particulares ou por recurso a seguros de saúde. A maioria dos pais, no que concerne à escolaridade, é licenciada, e, actualmente, profissionalmente activa.

Por fim, de referir que o Hospital da Luz anualmente edita uma revista/livro com casos clínicos ou outro tipo de artigos elaborados pelos diversos serviços na instituição. Após apresentação do projecto e temática para o estágio neste contexto, verificou-se que as actividades a realizar vinham ao encontro e poderiam ser úteis para a elaboração do artigo da Unidade para a colectânea de 2011, sendo que o mesmo se prende com a experiência e vivências dos pais durante o internamento na Unidade.

Objectivos específicos e actividades realizadas

Como objectivos específicos para o estágio na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital da Luz foram definidos:

- Desenvolver competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de internamento em neonatologia;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação, relação e partilha entre pais;
- Introduzir na prestação de cuidados à criança e família a intervenção cartas terapêuticas.

No sentido de dar cumprimento aos objectivos definidos foram planeadas e desenvolvidas as seguintes actividades:

- Reunião prévia ao estágio com enfermeiro chefe para apresentação e validação do projecto e posteriormente com enfermeiro orientador de estágio;
- Conhecimento da dinâmica funcional e organizacional do serviço;
- Identificação das características da população-alvo, nomeadamente dos pais das crianças internadas;

- Identificação e reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica;
- Observação participante dos cuidados ao recém-nascido e família;
- Prestação de cuidados à criança e família em colaboração com orientador de estágio;
- Identificação de práticas de acolhimento aos pais e família;
- Elaboração de diário de partilha entre pais, intitulado “Nosso Diário: Partilha entre pais de recém-nascidos internados em Unidade de Cuidados Especiais Neonatais”.
- Realização de pesquisa bibliográfica.

Note-se que as primeiras actividades, de suporte ao diagnóstico de situação, em consonância com a reunião com enfermeiro chefe e orientador foram essenciais no sentido de escolher qual a aplicabilidade e formato que a intervenção cartas terapêuticas iria ter neste contexto.

Dados as características do contexto e dos pais que a ele recorrem, bem como suas necessidades, considerou-se pertinente a elaboração e disponibilização do diário de partilha, o qual por sua vez consubstancia o formato de carta terapêutica idealizado para a unidade.

Este consiste então num formato escrito, em forma de caderno, que é apresentado e disponibilizado aos pais na altura do início do acolhimento à unidade. Nele encontra-se uma nota inicial sobre a unidade e suas características, seguindo-se uma referência ao objectivo do diário e um convite à escrita e partilha (ANEXO XIX). Por fim seguem-se páginas em branco, a ser preenchidas pelos pais, as quais são intercaladas com testemunhos de pais com experiência em internamentos de neonatologia obtidos através de pesquisa bibliográfica (ANEXO XX).

Supõe-se então que ao lerem testemunhos de pares, os pais sintam as suas perguntas mais completamente respondidas do que somente sendo respondidas pelos enfermeiros. Acresce-se a ideia que ao partilharem sua experiência irão ajudar novos pais a enfrentar o internamento numa unidade de neonatologia e para si próprios melhor consigam sistematizar e reflectir os seus sentires através do relato escrito. Tal ideia vai ao encontro do defendido pela Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SNSPP) (2007, p.15), quando esta afirma que

“(...) os pais preferem que a situação dos filhos lhes seja relatada com verdade e de uma forma clara e pormenorizada, o que não exclui empatia e humanidade, a um ritmo que lhes permita um gradual envolvimento no processo, e num local privado mas na companhia de outras pessoas com problemas semelhantes que constituirão uma forma especial de apoio.”

Para os profissionais destaca-se que o aceder a estas partilhas, possibilitará uma melhor adequação das práticas assistenciais a cada família, suas necessidades e expectativas no sentido da melhoria contínua dos cuidados. A SNSPP (2007) evidencia mesmo que, no sentido da formação de uma “equipa coesa de apoio”, é essencial que os profissionais de saúde percebam o que os pais passam durante momentos dolorosos, como o nascimento de um filho prematuro. Por sua vez, Sampaio (2008, p. 6) salienta mesmo que o único caminho possível para o trabalho com os pais, na conjectura inerente a um internamento de neonatologia, será “(...) ouvi-los com atenção, estimular a partilha das dificuldades e a descoberta conjunta de soluções, em suma, ajudar as famílias a reconhecer os seus impasses e a redefinir os seus trajectos”.

Como resposta a um objectivo do serviço para 2011 será pedida autorização aos pais que se envolverem nesta intervenção, para a utilização dos seus testemunhos como dados de investigação. A equipa de enfermagem pensa então realizar análise de conteúdos dos mesmos de forma a elaborar um artigo final.

Análise crítica e reflexiva do processo de aprendizagem

A passagem pela UCEN do Hospital da Luz constituiu uma experiência deveras positiva.

Ao nível da prestação de cuidados possibilitou o contacto com o recém-nascido prematuro constituiu uma novidade, sendo toda a especificidade nos cuidados ao mesmo exigiu pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a prática, para uma prestação de cuidados ao recém-nascido e família com qualidade. Uma mais valia constitui também as conversas informais estabelecidas no seio da equipa de enfermagem, onde a partilha de experiências e conhecimentos foi constante, levando a uma reflexão crítica sobre as práticas e mudanças das mesmas no sentido de um crescimento profissional, rumo a excelência nos cuidados.

Tais actividades possibilitaram assim, o desenvolvimento de competências do EESIP, designadamente ao nível da: reflexão crítica na e sobre a prática; manutenção de forma contínua e autónoma do processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional e académico aos enfermeiros; e consequentemente da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (UCP, 2009).

Foram então prestados cuidados aos recém-nascidos e suas famílias de uma forma autónoma, especializada e integrada na equipa multidisciplinar, acompanhando

todo o processo de acolhimento aos mesmos na unidade, tendo-se a oportunidade de acompanhar as várias fases do internamento, desde a admissão até à alta.

Tendo em atenção que o cuidar especializado do EESIP se pauta por um modelo conceptual centrado no binómio criança/família, foram desenvolvidas práticas e actividades, tendo-se por base o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, e consciência da importância de conhecer os factores de impacto do processo de doença e hospitalização no cliente, bem como os conceitos inerentes ao processo de transição saúde-doença e para a parentalidade. Tal preocupação demonstra consciência relativa ao facto do EESIP necessitar de trabalhar em parceria com a criança/família, respondendo às suas necessidades, promovendo o mais elevado nível de saúde e facilitando a sua adaptação às mudanças, não só a nível da saúde, como da dinâmica familiar (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

Note-se, também, que como enfermeiro especialista, neste contexto se revelou essencial o desenvolvimento de uma prática profissional ética, principalmente ao nível do processo de tomada de decisão, bem como ao nível da promoção da protecção dos direitos humanos dos recém-nascidos e seus pais/família (Regulamento n.º 122/2011, D.R. II Série. 35).

Reflecte-se sobre o papel de prática do EESIP, que neste contexto assumia não só funções de gestão, liderança da equipa de enfermagem e integração de novos elementos, como constituía elemento de referência para a equipa de enfermagem na sua área de especialidade. Tal vai ao encontro das competências preconizadas para o enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamentos n.º 122/2011 e 123/2011, D.R. II Série. 35).

Ressalva-se a mais-valia de desenvolver prática num contexto onde é foco de especial atenção a identificação de necessidades, conhecimentos e competências dos pais, para se trabalhar no sentido a promoção da aceitação do estado de saúde/doença do filho e promoção da parentalidade. Neste sentido, a elaboração do diário de partilha entre pais, veio formalizar e sistematizar uma prática de enfermagem, caminhando obviamente no sentido das boas práticas e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Mediante a prestação de cuidados neste contexto, atingiu-se o objectivo que remetia para o **desenvolvimento de competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de internamento em neonatologia**, tendo-se adquiridos novos conhecimentos,

desenvolvidas ou conseguidas novas práticas e principalmente desenvolvidas competências específicas como: “proporciona conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às (...) famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”; “negoceia a participação da (...) família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar”; “mobiliza conhecimentos e habilidades para rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”; “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (...), otimizando as respostas”; “demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento” e avalia-os; “transmite orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil”; “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

A par da prestação de cuidados o cumprimento das actividades relacionadas com a temática em causa, atingiu-se os objectivos: **desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação, relação e partilha entre pais; e introduzir na prestação de cuidados à criança e família a intervenção cartas terapêuticas.** Acrescem-se assim as competências de: “comunica com a (...) família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”; “utiliza estratégias motivadoras da (...) família para a assumpção dos seus papéis em saúde”; “procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família (...) no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde”; “demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35). Particularizando, a elaboração de diário de partilha entre pais, demonstra a capacidade de tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização, bem como promover a investigação em serviço, na medida em que o conteúdo do mesmo constituirá alvo de futura investigação (UCP, 2009).

No caso de maior permanência neste contexto seria fundamental continuar a trabalhar os processos de comunicação e relação com aqueles clientes durante a prestação de cuidados, persistindo na importância da avaliação familiar, partilha de informação, promoção de competências parentais e relevância da mais-valia que consiste em dar feedback aos pais durante todo este seu processo de adaptação e transição.

Curioso seria assistir à implementação do diário de partilha, ter acesso à percepção dos pais/familiares e profissionais sobre o impacto do mesmo na prática assistencial e vivência do internamento por parte do cliente.

2.3.2. Serviço de Urgência Pediátrica, Hospital Garcia de Orta

Caracterização do contexto

O Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta compreende duas unidades funcionais, a urgência propriamente dita e as Unidades de Internamento de Curta Duração (UICD).

Nela são ainda atendidos, somente, clientes até aos 14 anos de idade, maioritariamente provenientes dos Conselhos de Almada, Seixal e Sesimbra, sendo também frequente a transferência de outros hospitais da Margem Sul do Tejo, Alentejo ou Algarve por necessidade de observação por especialidades diversas. Salvaguarda-se o caso de doentes crónicos, os quais são atendidos em contexto de urgência e permanecem internados em UICD até mais elevada idade.

Como motivos de entrada na urgência salienta-se as várias doenças agudas da criança/adolescente, descompensação de doenças crónicas e traumatismos vários, designadamente por acidentes escolares. O internamento em UICD, que se prevê com duração mínima de 24 horas e máxima espectável de 48 horas, utiliza-se com maior frequência: para todos os casos de internamento que se prevejam com essa duração (traumatismos com necessidade de vigilância; crianças/adolescentes com sinais de desidratação, intoxicações várias, entre outros); crianças com crise convulsiva inaugural; recobro de algumas cirurgias; crianças/adolescentes que necessitam de uma vigilância médica e de enfermagem mais frequente, mas que todavia não carecem de internamento em contexto de cuidados intensivos pediátricos.

Após a admissão na urgência ou internamento em UICD os clientes poderão ter alta directamente para o domicílio, ser internados nos Serviços de Pediatria Médica, Cirúrgica ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do hospital, se transferidos para outra unidade hospital ou encaminhados para assistência em consulta externa.

Em termos de contexto físico este serviço conta com duas áreas contíguas, mas diferenciadas. À entrada do serviço localiza-se a admissão de clientes e sala de espera, segue-se a sala de triagem, sala de reanimação e aerossóis, dois gabinetes de observação, sala de pequena cirurgia e sala de enfermagem. Na segunda área

encontram-se as duas UICD, a primeira com capacidade para 3 clientes e normalmente utilizada para o internamento de crianças a partir da idade pré-escolar, a segunda com capacidade para 6 crianças que se reserva às crianças mais pequenas. Cada UICD dispõe de armazéns avançados com material e terapêutica e uma zona comum de cacifos para os pais. Como espaços comuns destacam-se sala de médicos e de enfermagem, copa do serviço, gabinete de enfermeira chefe, sala de sujos, WC's das crianças, WC de pais e WC de serviço para os profissionais.

A equipa multidisciplinar conta com médicos pediatras, tendo-se uma equipa fixa em atendimento urgente até às 14:00 dos dias úteis, enfermeiros e assistentes operacionais.

Como filosofia de serviço defende-se que os cuidados prestados à criança devem ser organizados no sentido de respeitar os direitos da criança e da família, dando cumprimento à Carta da Criança Hospitalizada e tendo por base a prestação de cuidados sem dor, continuados, coordenados e centrados na família.

Diagnóstico de situação

Destaca-se ao nível deste contexto a dinâmica da equipa de enfermagem. Esta trabalha dividida por equipas, dispondo em todos os turnos de um elemento (chefe de equipa, sempre enfermeiro especialista ou graduado) que constitui um elemento de referência para a equipa assumindo a responsabilidade de decisão sobre qualquer assunto da unidade, na ausência do enfermeiro chefe ou em co-responsabilidade para com ele.

Esta constitui então uma equipa motivada e dinamizadora de uma prestação de cuidados segura e com vista à melhoria contínua da qualidade das práticas assistenciais. Devido ao processo de acreditação em que está envolvido o Hospital Garcia de Orta, todas as práticas e filosofias do serviço encontram-se sistematizadas e uniformizadas em forma de normas, havendo constante preocupação em rever as mesmas. Salienta-se também a disponibilidade para o abraçar de novos projectos, partilha de conhecimentos e experiência, sendo notório o apreço pela aquisição de novos saberes e discussão referente às práticas de enfermagem.

Defendendo-se uma filosofia de cuidados com respeito aos direitos da criança e família e centrada na díade, bastante enfoque é dado aos processos de acolhimento, comunicação e relação. Quanto ao acolhimento tal prática encontra-se sistematizada sob a forma de norma, tendo-se a preocupação de nos registos de enfermagem proceder ao

registo da mesma de uma forma continuada durante o internamento em UICD. No que respeita aos processos de comunicação e relação com a criança e família, frequente a preocupação em estabelecer uma relação de parceria, identificando-se necessidades e expectativas dos clientes, utilizando-os como fonte de informação, partilhando com os mesmos informações pertinentes e solicitadas no sentido de lhe dar conhecimentos para uma real participação nos cuidados e capacidade para tomada de decisão consciente.

Relativamente à prática de entrega de cartas terapêuticas existe no serviço disponível não só autocolantes disponibilizados pela propaganda médica com o dizer “Fui Valente”, como diplomas de mérito, elaborados em 2009 por uma enfermeira no serviço, onde se enaltece a coragem da criança pela participação nos cuidados e no verso se encontram impressas imagens passíveis de ser coloridas pela criança. Estes diplomas assumem duas formas, uma mais adequada aos meninos e outra às meninas, sendo que pelas características da linguagem e ilustração se adaptam melhor às idades de pré-escolar e escolar.

Apesar destes instrumentos disponíveis a entrega do mesmos é realizada de uma forma pouco formal e não sistematizada, o mesmo é dizer que os mesmos são entregues não só às crianças como por vezes aos pais de bebés internados, obviamente como forma de enaltecer bons comportamentos ou reconhecer competências, mas não se associam tal acto a uma real intervenção de enfermagem ou elaborando registo sobre a mesma. Patente também o desconhecimento sobre o conceito cartas terapêuticas, mas verificando-se boa receptividade do sentido de o abordar e sistematizar esta prática que apesar de frequentemente dinamizada, não se entrava identificada com intervenção de enfermagem ao serviço da parceria de cuidados e desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Dado que este contexto se apresentou como o único no decorrer da unidade curricular estágio onde de alguma forma já se procedia à entrega de cartas terapêuticas, revelou-se pertinente a avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas, tendo-se aplicado questionário de auto-preenchimento e consequente sistematização da prática.

Objectivos específicos e actividades realizadas

Como objectivos específicos para o presente período de estágio definiram-se:

- Desenvolver competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de urgência pediátrica;

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação;
- Sistematizar a intervenção cartas terapêuticas;
- Colaborar na revisão da intervenção acolhimento ao utente pediátrico na admissão à UICD.

Como forma de alcançar os objectivos propostos foram delineadas e realizadas as seguintes actividades:

- Reunião prévia ao estágio com enfermeiro chefe para apresentação e validação do projecto e posteriormente com enfermeiro orientador de estágio;
- Conhecimento da dinâmica funcional e organizacional do serviço;
- Identificação das características da população-alvo;
- Identificação e reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica;
- Observação participante dos cuidados à criança/adolescente e família em contexto de urgência e internamento em UICD;
- Prestação de cuidados à criança e família em colaboração com orientador de estágio, em contexto de urgência e internamento em UICD;
- Identificação de práticas de acolhimento à criança/adolescente e família;
- Identificação das práticas associadas à intervenção entrega de cartas terapêuticas, em contexto de urgência e internamento em UICD;
- Elaboração de documento orientador para a entrega de cartas terapêuticas, sob a forma de norma de procedimento (ANEXO XXI);
- Colaboração na revisão da norma de procedimento referente ao acolhimento ao utente pediátrico na admissão à UICD (ANEXO XXII), nomeadamente no que se refere à sua descrição e enquadramento segundo o Decreto-lei nº 106/09;
- Avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção cartas terapêuticas, tendo-se aplicado questionário de auto-preenchimento (ANEXO XXIII);
- Realização de pesquisa bibliográfica.

Análise crítica e reflexiva do processo de aprendizagem

O período de estágio neste contexto, apesar de curto, consubstanciou uma significativa aprendizagem, tendo sido realizadas todas as actividades definidas e consequentemente atingidos os objectivos propostos. Salienta-se a possibilidade de

prestar cuidados num contexto de urgência diferente do local de prática profissional, o que conduziu a um confronto e partilha de realidades e práticas.

Tal possibilitou o desenvolvimento de novas competências na prática profissional e o transpor de procedimentos e dinâmicas que constituem uma mais-valia para o contexto de trabalho. Remetendo para outro ponto, note-se a preocupação com a revisão e elaboração de normas de procedimentos, bem como da avaliação das intervenções de enfermagem, integrando práticas informais como intervenções autónomas dos enfermeiros.

No que concerne a revisão e elaboração de normas de procedimentos, acresce-se enunciar que se considerou, não só a pesquisa bibliográfica, como as normas anteriores realizadas, conteúdo que a equipa desejava ser mantido e modelo organizacional para sua elaboração.

Reflectindo sobre o papel do EESIP neste contexto, ressalva-se que as suas funções se encontram normalizadas, sendo este considerado elemento que possui um curso específico, o que lhe permite ter um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades para o atendimento à criança/família. Defende-se que ao mesmo compete apreciar, planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados, gerindo situações de maior complexidade e emergências. A par deve promover um bom ambiente de trabalho interdisciplinar, gerindo conflitos, orientando os enfermeiros na resolução de problemas e criando espaços para identificação e resolução de conflitos. Como suas funções evidenciam-se ainda a: coordenação do funcionamento da equipa de enfermagem durante o turno; colaboração no planeamento de actividades e organização do serviço (participa nas reuniões de chefe de equipa e equipa multidisciplinar do serviço; identifica áreas problemáticas e propõe estratégias de intervenção; emite pareceres sobre gestão de pessoal de enfermagem e assistentes, sobre a localização e instalação de equipamento); supervisiona e orienta os assistentes operacionais.

Tal vai ao encontro das competências preconizadas para o enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 122/2011, D.R. II Série. 35) e constituiu um fundamental exemplo e aprendizagem, na medida em que no contexto profissional não existe tanta estruturação das funções dos enfermeiros ou o assumir da posição do especialista como responsável principal pela área da gestão e formação.

A prestação de cuidados desenvolveu-se numa lógica autónoma e especializada, integrada na equipa multidisciplinar e desenvolvendo-se uma metodologia de trabalho eficaz nos cuidados à criança e família, atendendo aos princípios da responsabilidade

profissional, ética e legal. Note-se que houve preocupação em prestar cuidados em todas as “valências” que constituem o serviço, o que foi facilitado pela experiência profissional, o possibilitou um mais amplo e variado confronto entre as realidades e consequente reflexão.

Consciente de que o cuidar especializado do EESIP deve ter por base um modelo conceptual centrado no binómio criança/família (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35), foram desenvolvidas intervenções, considerando o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, filosofia de cuidados do serviço e a importâncias dos factores de impacto do processo de doença e hospitalização na criança/família. Evidencia-se, então, a consciência relativa ao facto de que o EESIP deve trabalhar em parceria com a criança/família, orientando as suas práticas para responder às necessidades e expectativas de ambos, promovendo o mais elevado nível de saúde e facilitando a sua adaptação às mudanças a nível da saúde/doença (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

Na prestação de cuidados procurou-se então trabalhar em parceria com as crianças/adolescentes e família/acompanhantes, identificando suas necessidades e expectativas face ao processo de doença e internamento de forma a identificar os focos de atenção para cada cliente e intervenções a serem realizadas.

Oportunamente desenvolveram-se os processos de comunicação e relação com os clientes. Alertou-se a equipa sobre importância do reconhecimento de aquisição de conhecimento ou desenvolvimento de habilidades por parte do cliente e promoveu-se reforço positivo ao mesmo. Foram entregues vários auto-colantes de “Fui Valente” e diplomas de mérito, principalmente em contexto de atendimento em urgências, como forma de comunicação, negociação, e motivação da criança.

Mediante a prestação de cuidados neste contexto, atingiu-se o objectivo relativo ao **desenvolvimento de competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de urgência pediátrica.** Assim, foram desenvolvidas competências específicas do EESIP, nomeadamente: “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar”; “proporciona conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”; “utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar”; “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas

situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”; “mobiliza conhecimentos e habilidades para rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”; “demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico”; “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”; “diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem”; “capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de *coping* e de adaptação”; “promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

Para além da prestação cuidados, o desenvolvimento de actividades relacionadas com vista à abordagem da temática em causa, permitiu atingir o objectivo: **desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação**. Desta forma, desenvolveram-se as competência de: “comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”; “utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde”; “procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde”; “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (...) doente ou com necessidades especiais.” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

As actividades de revisão da norma referente ao acolhimento, avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção cartas terapêuticas e elaboração de norma para sistematização da última, deram resposta aos objectivos de: **sistematizar a intervenção cartas terapêuticas; colaborar na revisão da intervenção acolhimento ao utente pediátrico na admissão à UICD**. Destaca-se, assim, o desenvolvimento de competências no que se refere à: reflexão críticas na e sobre a prática; comunicação não só de aspectos complexos de âmbito profissional e académico, como dos resultados da própria prática clínica, aos enfermeiros; formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; produção de um discurso fundamentado, tendo por base diversas perspectivas sobre os problemas de saúde em discussão; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento na área de especialização e de consciência crítica para os problemas da prática clínica relacionados com o cliente; promoção do desenvolvimento

peçoal e profissional dos outros enfermeiros; zelo pelos cuidados prestados na área de especialização (UCP, 2009); actuação como formador oportuno em contextos de trabalho, dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento na prática de cuidados, tendo por objectivo ganhos em saúde dos clientes; identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; interpretação e organização de dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, bem como da prática clínica especializada (Regulamento n.º 122/2011, D.R. II Série. 35).

È fundamental deixar ainda patente os resultados da avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas. Foram, então recolhidos 13 questionários, obtendo-se assim um total inquirido correspondente a cerca de 59% da equipa de enfermagem.

A totalidade dos enfermeiros inquiridos afirmou que na sua prática profissional já procederam à entrega de cartas terapêuticas à criança/adolescente ou família, destacando com objectivo/intencionalidade da sua acção: minimização do medo e trauma face a situação invasiva; reconhecimento da gestão do medo por parte da criança/adolescente; valorização do bom comportamento; incentivo ao bom comportamento; reforço positivo; obtenção de um sorriso por parte da criança; demonstração à criança/família da importância do seu papel no acto terapêutico; motivação; reforço de relação empática e proximidade do enfermeiro/utente/família; gratificação após procedimento doloroso infringido; diminuição da ansiedade e sofrimento da criança; proporcionar ambiente confortável ou de aceitação por parte da criança.

Quanto à classificação da contribuição da entrega de cartas terapêuticas para o estabelecimento de uma relação de parceria entre a equipa de enfermagem e a criança/família, 38% dos inquiridos classificaram-na como muito importante e os restantes 62% como importante.

Como percepções dos enfermeiros face à reacção da criança/família aquando da entrega da carta terapêutica, evidenciam-se: esquecimento face aos procedimentos; sentimento de valorização pessoal; satisfação por parte dos pais e criança; sentimento de orgulho por parte dos pais; agrado face ao reconhecimento do seu papel activo na parceria de cuidados; reacção positiva; felicidade; identificação por parte do cliente da intervenção como um incentivo; surpresa; maior tranquilidade nos pais; diminuição da ansiedade dos pais; orgulho dos pais face ao seu papel na gestão da situação;

identificação das cartas por parte das crianças como uma recompensa, com consequente melhor adesão aos procedimentos.

Por último, a totalidade dos enfermeiros pretende dar continuidade a esta intervenção, deixando como sugestões para continuidade ou melhoria desta intervenção: que os enfermeiros se alertem entre si para a importância da entrega das cartas terapêuticas; elaboração de diplomas mais didáticos e adaptados a cada idade; dispor de local próprio na sala de para acondicionar os diplomas, facilitando o seu acesso; reuniões de formação em serviço para discussão/análise da intervenção, de forma a sistematizá-la na prestação de cuidados.

Com uma maior permanência neste contexto seria possível dar então melhor resposta a algumas das sugestões identificadas pelos enfermeiros, como avaliação o impacto da intervenção juntos dos clientes e da prática assim, após proposta de sistematização.

3. CONCLUSÕES GERAIS

Neste relatório reflectiu-se sobre um percurso formativo onde se desenvolveram conhecimentos científicos, técnicos e humanos, aplicados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, sempre no superior interesse da criança e sua família. Privilegiando a intervenção centrada na criança/família, desenvolveram-se competências especializadas, através da prestação de cuidados, possibilitando uma prática mais adaptada às reais necessidades e características das crianças e suas famílias.

Esta prática acompanhada, interactiva e reflexiva, demonstrada nos vários contextos de assistência à criança/família, fez emergir contributos para o cuidar em saúde infantil e pediatria.

Assume-se que a entrega de cartas terapêuticas, consiste numa intervenção de enfermagem cuja intencionalidade se prende com a promoção da parentalidade e estabelecimento de uma relação de efectiva parceria entre o enfermeiro e a criança/família. Note-se que a mesma, no âmbito de enfermagem, tem sido utilizada com o objectivo de fomentar relações mais participativas e claras com os clientes, que promovam a reflexão (Wright [et al.], 1996 *apud* por Moules, 2002). A salientar a evidência encontrada no que concerne aos seus efeitos nos profissionais que as escrevem e nos clientes que as recebem (Moules, 2002).

Evidenciou-se, então, a pertinência desta intervenção face à vigente concepção de Cuidados Centrados na Família, definindo-se como sua intencionalidade, nomeadamente, a promoção do papel parental e da assumpção por parte da criança e família dos seus papéis de saúde, no âmbito de uma relação de efectiva parceria com a equipa de enfermagem.

A introdução ou seu desenvolvimento na prática assistencial revelou-se possível em todos os contextos da *praxis*, permitindo inferir que esta consiste numa intervenção a dar continuidade e relevo, com contributos para o desenvolvimento do conhecimento e dos cuidados. A destacar que para a sua sistematização revela-se fundamental uma adequada avaliação e intervenção familiar durante todo o processo de acolhimento da criança/família na instituição de saúde, bem como, a apropriação de conceitos e reflexão relativas à temática da parentalidade, acolhimento, esperança, transições, desenvolvimento infantil, entre outros.

Em suma, a intervenção cartas terapêuticas pela sua especificidade e âmbito de aplicação, como foi comprovado por este relatório, pode constituir uma área de atenção

do EESIP. A sua prática engloba uma complexidade de conceitos e actividades, os quais se bem mobilizados podem dar relevantes contributos no estabelecimento de relação com a criança/família, promoção do seu crescimento, desenvolvimento e bem-estar, bem como aceitação do seu estado de saúde.

Salienta-se, assim, que durante o percurso realizado, a abordagem da temática das cartas terapêuticas possibilitou o maior desenvolvimento de competências específicas do EESIP, designadamente: “implementa e gera, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, com especial enfoque nos processos de comunicação e na utilização de estratégias criativas e motivadoras a assumpção dos seus papéis em saúde; “promove a vinculação de forma sistemática (...)”; “promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde”; “promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 123/2011, D.R. II Série. 35).

Por sua vez, a preocupação com partilha de conhecimentos e práticas, com o desenvolvimento de conhecimentos e competências, e por fim com a sistematização e avaliação de intervenções de enfermagem, consubstancia, também, o desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista, ao nível dos processos de reflexão, formação pessoal e profissional, investigação, zelo pelos cuidados e abordagem de situações complexas com iniciativa e de um modo sistemático e criativo (Regulamento n.º 122/2011, D.R. II Série. 35). No sentido da continuidade do desenvolvimento deste trabalho, e conseqüentemente do aumento do conhecimento na e para a prática de enfermagem, foram dadas sugestões no final da análise crítica referente a cada contexto de estágio.

Finalizando, importa referir que o tempo decorrido nesta formação não foi isento de dificuldades e obstáculos. Destaca-se a difícil conciliação da vida profissional, com a pessoal e as exigências em termos de dedicação e disponibilidade do processo formativo. Todavia, reflecte-se que se tudo fosse fácil, o sucesso alcançado não seria tão recompensador.

Demonstrou-se, então, neste percurso um domínio profundo na assistência de enfermagem especializada, centrando-se os cuidados prestados numa lógica de equipa multidisciplinar, no superior interesse da criança/família. Evidenciou-se uma prática baseada na evidência, mobilizadora e geradora de conhecimentos sobre as respostas da criança/família aos seus processos de vida e interacção com os profissionais de saúde, dando-se relevo a uma inovadora intervenção de enfermagem. Proporcionaram-se

abordagens promotoras da qualidade e excelência dos cuidados, associando-se de forma adequada o conhecimento vivido e experienciado, com a autonomia e responsabilidade. Promoveu-se, sem dúvida, o desenvolvimento pessoal e profissional do formando.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, Madalena - **(des) Equilíbrios familiares**. 3ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006. 375p. ISBN 989-558-067-3.

AZEVEDO, Carlos. A. Moreira.; AZEVEDO, Ana . Gonçalves. – **Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2008. 180 p. ISBN 978-972-54-0212-2.

BALANCHO, Leonor Falé - **Ser Pai, Hoje**. Barcarena: Editorial Presença; 2006. 112p. ISBN 978-972-23-3000-8

BELL, J M.; MOULES, N J; WRIGTH, L M - Therapeutic Letters and the Family Nursing Unit: A Legacy of Advanced Nursing Practice. **Journal of Family Nursing**. Calgary. ISSN 1074-8407. Vol 15, nº1 (Fev. 2009), p. 6-30.

BERNARDO, F - Aspectos da pedagogia do acolhimento eficaz, uma relação empática, congruente e terapêutica. **Informar**. Nº 2 (1995), p.16-19.

BERNARDO, F - Humanizar-se para cuidar: a auto-actualização e aquisição de competências para o adequado desempenho de tarefas. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871.2370 vol 44, nº 2 (1996), p. 59-62.

BRAELTON, T B - **O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 7ª ed. Lisboa: Presença; 2004. 536p. ISBN 536 p. 9789722319300.

BRAZELTON, T B - **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes; 1992. 288 p. ISBN 8533601344.

BRITO, I - O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena. In Instituto de Apoio à Criança (IAC), org. - **Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital**. Lisboa: Edições IAC; 2006. ISBN 972-8003-23-4 p. 33-34.

CARTER, B.; M MCGOLDRICK, M - As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar. In CARTER, B.; M MCGOLDRICK, M. e col - **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar** – Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2001. ISBN 8573078332. p. 7-29.

CASEY, Anne – Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. **Journal of Advanced Nursing**. [S.I.] vol. 22 (January, 1995), p.1058-1062.

CRUZ, Orlanda - **Parentalidade**. Coimbra: Quarteto; 2005. 261p. ISBN 989-558-054-1

FORMARIER, M. - Le concept d'accueil ou comment former les futures professionnels à l'accueil. In Apache. **Guide de l'hospitalisation de enfants**. France: Apache; 2000. p. 74-78.

FRANKENBURG, William – Novas Dimensões na Avaliação da Saúde da Família. In **BEBÉ XXI Criança e Família na Viragem do Século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. ISBN 972-31-0664-7. p.319-330.

GOMES-PEDRO, J; TORGAL-GARCIA, F. - Pai e Bebê ou A Redescoberta do Pai. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. ISSN: 0873-9781. vol 30, nº 2 (Março/Abril de 1999), p. 3-7.

GONÇALVES, P M M. - Pais, presença e educação. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871.2370 vol 53, nº 1 (2004), p. 24-26.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2006. 203 p. ISBN: 8560187049

JORGE, Ana Maria - **Família e Hospitalização da Criança**. Loures: Lusociência; 2004. 192 p. ISBN 978-972-8383-79-4

MACHADO, M. - Humanização do Internamento Hospitalar. In IAC, org. **Reflectir as Práticas para Melhorar o Desempenho**. Lisboa: Edições IAC, 2000. ISBN 972-8003-15-3. p. 33-38.

MAGÃO, M^a Teresa; LEAL, Isabel P.- A Esperança nos Pais de Crianças com Cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. **Psicologia. Saúde & Doenças**. Lisboa. ISSN 1645-0086. vol. 2, nº1 (2001), p. 3-22.

MARTINS, A G. - Alguns Aspectos Psicológicos da Humanização. In MOLEIRO, A. [et al.]. **Humanizar o atendimento à criança**. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa, 1992. p. 25-42.

MELEIS [et al.] - Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range theory. **Advances in Nursing Science**. vol 23, nº 1 (2000). p.12-28. [Consult. 9 de Abr. 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http:// www.web.ebscohost.com](http://www.web.ebscohost.com)>

MOULES, Nancy - Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice. **Nursing Inquiry**. ISSN 1440-1800. [S.I.]vol. 9, nº 2 (Junho 2002), p. 104-113. [Consult. 9 de Abr. 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http:// onlinelibrary.wiley.com](http://onlinelibrary.wiley.com)>.

MURRAY, P. - Influências da Família na Promoção da Saúde da Criança. In HOCKENBERRY, M J. **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. ISBN 8535219188, p. 30-54.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002. 16p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Conceptualização da Prática Clínica: Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 30 (Outubro 2008), p.24-29.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

PIRES, António - Parentalidade em Risco. In PIRES, António. **Crianças (e pais) em risco**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2001. ISBN: 972-8400-33-0, p. 15-38.

REGULAMENTO nº 122/2011. **Diário da República. II Série**. 35 (2011 -02-18) 8648-8653.

REGULAMENTO nº 123/2011. **Diário da República. II Série**. 35 (2011 -02-18) 8653-8655.

SAMPAIO, Daniel – Uma Nova Forma de Trabalhar com os Pais. In CRUZ, Hugo; PINHO, Inês – **PAIS...Uma Experiência**. Porto: Livpsic, 2008. ISBN 978-989-8148-15-5. p.5-6.

SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – **Nascer Prematuro. Um manual para os pais de bebés prematuros**. Porto: Direcção da Secção de Neonatologia 2005-2007, 2007. ISBN 978-989-20-0952-0.

TORRES, Heloísa Carvalho [et al.] – O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. ISSN 0034-7167. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol 62, n.º 2 (Março/Abril 2009), p. 312 - 316

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde – Escola Superior Politécnica de Saúde – Enfermagem – **Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**. Lisboa: [s.n.], 2009. 14p.

WHITE, Victoria E.; MURRAY, Melissa A. Passing Notes: The Use of Therapeutic Letters Writing in Counseling Adolescents. **Journal of Mental Health Counseling**. [S.I.] vol. 24, nº 2 (Abril 2002), p. 166 -176. [Consult. 9 de Abr. 2010]. Disponível em WWW:<URL: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb1416/is_2_24/?tag=content;coll1>

WILKELSTEIN, M L. - Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In HOCKENBERRY, M J. **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. ISBN 8535219188, p. 1-29.

WRIGHT, Lorraine M. – **Espiritualidade, Sofrimento e Doença: ideias para curar**. 1.ª ed., Coimbra: Ariadne Editora, 2005. ISBN 972-8838-19-0. 127p.

ANEXOS

ANEXO I – Contactos Realizados

Re: Nursing project - Portugal

De: **Dr. Nancy Moules** (njmoules@shaw.ca)

Enviada: terça-feira, 30 de Março de 2010 22:05:26

Para: marta gomes (martitagomes@hotmail.com)

Hi Marta,

I'm not totally sure in the translation if I understand what you are proposing, but I'm sure it is very

important and useful. If you look at the Journal of Family Nursing and its recent issue on TL, you'll

likely find all the bibliography you will need!

Best of luck to you and congratulations on this wonderful study.

Nancy

On 2010-03-30, at 3:46 PM, marta gomes wrote:

Hello,

My name is Marta Gomes and I'm a nurse in the pediatric emergency of a hospital in Lisbon (Hospital São Francisco Xavier). Currently I'm attending a master in the area of Pediatric Nursing at the Catholic University of Portugal.

Concerning that master, I intend to make an intervention project in various child and young care contexts and I will intern at: health center, hospital ward, emergency and neonatology.

This project addresses the Therapeutic Letters issue, aiming its introduction in different contexts in order to minimize the impact of the child/caregiver in health institutions/hospitalization and to promote the parental role.

With this I intend:

- To identify the host practices in the institutions
- To sensitize the nursing team for the theme of: hosting; evaluation and family intervention; therapeutic letters
- To prepare therapeutic letters, appropriate to the needs of each context (health promotion, parental role promotion, recognition of children/young/care givers skills and resources)

Having this in mind I would like to have your opinion about this idea and its relevance concerning what I'm up to.

In case you approve this project, I would appreciate your support for access useful bibliography.

Best regards and thank you for your kind attention,

Marta Gomes

**ANEXO II - Instrumento para Diagnóstico individual de
necessidades de formação**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Cartas Terapêuticas:
Um meio para acolher a criança e família nas
instituições de saúde**

Diagnóstico individual de necessidades de formação

Lisboa, Maio de 2010

Nota Introdutória

O projecto a que me proponho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria e sua temática versa as **Cartas Terapêuticas, como intervenção promotora de uma relação de efectiva parceria com a criança e família, durante o seu acolhimento nas instituições de saúde.**

Como objectivos gerais definem-se então:

- I) Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança e família, em contexto de cuidados de saúde primários, serviço de internamento pediátrico, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica;
- II) Desenvolver competências em intervenções promotoras de uma relação de efectiva parceria com a criança e família, durante o seu acolhimento nos contextos de cuidados de saúde primários, serviço de internamento pediátrico, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica.

Para o estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Sto. António, definem-se, como objectivos específicos:

- a) Desenvolver competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de cuidados de saúde primários;
- b) Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação.

A aplicação desde diagnóstico individual de necessidades de formação surge no âmbito das intervenções planeadas, como forma de integrar a equipa de enfermagem do contexto no projecto a que me proponho e adaptá-lo a tal realidade.

Pretende-se então identificar conhecimentos prévios, no sentido de adaptar as consequentes intervenções às experiências e expectativas percebidas.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Marta Gomes

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem,
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Nome (opcional): _____

Código de Identificação de Questionário (a preencher por mestrando): _____

Nota: Nos seguintes itens de escolha múltipla, por favor, coloque um X, de acordo com a opção com qual se identifica.

1. Caracterização

1.1. Faixa Etária

Faixa Etária	20 a 30	
	> 30 a 40	
	> 40 a 50	
	> 50 a 60	
	> 60	

1.2. Sexo

Sexo	Feminino	
	Masculino	

1.3. Tempo de Experiência Profissional (anos): _____

1.4. Tempo de Experiência Profissional em Saúde Infantil (anos): _____

1.5. Tempo de Experiência Profissional na UCSP Sto. António (anos): _____

1.6. Categoria Profissional

Categoria Profissional	Enfermeiro	
	Enfermeiro Graduado	
	Enfermeiro Especialista	

2. Temática: Acolhimento da criança e família

2.1. Já frequentou formação na área?

Sim Formação em Serviço
Curso Enfermagem
Outro. Qual? _____

Não

2.2. Em que consiste para si o acolhimento da criança/família na sua instituição de saúde?

2.2. Quais as práticas/passos de acolhimento à criança/família desenvolve na sua instituição de saúde?

3. Temática: Cartas Terapêuticas

3.1. Já frequentou formação na área?

Sim

Formação em Serviço

Curso Enfermagem

Outro. Qual? _____

Não

3.2. Em que consistem para si as cartas terapêuticas?

3.3. Da sua experiência de prestação de cuidados alguma vez utilizou as cartas terapêuticas? Sim Descreva em que contexto (linhas abaixo)

Não

4. Sugestões

4.1. Enumere outras temáticas que gostaria de ver abordadas em reunião formativa, dirigidas à presente temática:

4.2. Qual a dinâmica considera ser a mais adequada para a abordagem aos presentes temas?

Obrigado pela sua colaboração

Enf.^a Marta Gomes

ANEXO III – Compilação dos diapositivos referentes sessão de formação “Cartas Terapêuticas”

Cartas Terapêuticas:

Um meio para acolher a criança e família nas
Instituições de Saúde

Marta Gomes

01 de Junho de 2010

Sumário

1. Apresentação projecto estágio
2. Apresentação resultados de diagnóstico individual de necessidades de formação
3. Abordagem teórica da temática Cartas Terapêuticas
4. Apresentação de propostas de Cartas Terapêuticas
5. Avaliação da sessão

Objectivos da Sessão Formativa

Transmitir conhecimentos sobre temática das Cartas Terapêuticas

Discutir propostas de Cartas Terapêuticas, a serem implementadas na UCSP. Sto. António



1. Projecto de Estágio: Cartas Terapêuticas

Cartas Terapêuticas, como intervenção promotora de uma relação de parceria com a criança e família, durante o seu acolhimento nas Instituições de Saúde

1.1. Objectivos gerais:

- I. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança e família, em contexto de cuidados de saúde primários, serviço de internamento pediátrico, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica;
- II. Desenvolver competências em intervenções promotoras de uma relação de efectiva parceria com a criança e família, durante o seu acolhimento nos contextos de cuidados de saúde primários, serviço de internamento pediátrico, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica.




1.2. Objectivos específicos na UCSP Sto. António:

- a) Desenvolver competências ao nível da intervenção do enfermeiro para a assistência especializada à criança e família, em contexto de cuidados de saúde primários;
- a) Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família com a utilização de intervenções promotoras de comunicação e relação.



1.3. Actividades a desenvolver:

- Reunião com enfermeiro chefe e enfermeiro orientador de estágio para apresentação e validação do projecto;
- Caracterização da dinâmica funcional e organizacional dos programas de intervenção em saúde infantil disponíveis na UCSP de Sto. António;
- Identificação do papel do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica na consulta de saúde infantil e programa de saúde escolar;
- Identificação das características da população-alvo;
- Prestação de cuidados à criança e família em colaboração com o enfermeiro orientador de estágio;
- Identificação das práticas de acolhimento à criança e família e forma de avaliação familiar;

- 
- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem relativas às temáticas das cartas terapêuticas e mediante a aplicação de instrumento de diagnóstico individual de necessidades de formação;
 - Dinamização de encontros formativo relativo à actividade supra mencionada;
 - Introduzir na prática de cuidados de enfermagem uma intervenção sistematizada baseada na utilização das cartas terapêuticas;
 - Elaboração de documento orientador para uma intervenção sistematizada baseada na utilização das cartas terapêuticas;



- **Elaboração e entrega de cartas terapêuticas para:**

- Reconhecimento do papel parental na promoção de saúde do filho;
- Reconhecimento de competências da criança na gestão do processo de saúde/doença (nomeadamente, controlo de situações de stress/dor e participação na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil);
- Promoção do aleitamento materno/reconhecimento de competências parentais.



- **Dinamização de uma sessão de partilha para os pais relativa ao tema Ser Pai: conquistas e oportunidades;**

- Avaliação da percepção dos enfermeiros face a impacto da intervenção cartas terapêuticas;
- Elaboração de documento de análise crítica face a oportunidades de aprendizagem;
- Realização de pesquisa bibliográfica.



1.4. Competências específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica:

- Negoceia a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar;
- Comunica com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
- Utiliza estratégias motivadoras da criança e família para a assumpção dos seus papéis de saúde;
- Demonstra na prática conhecimentos relativos a estratégias promotoras de esperança;
- Utiliza estratégias promotoras de esperança realista;
- Promove a amamentação.



2. Diagnóstico Individual de Necessidades de Formação: Apresentação Resultados

2.1. Caracterização dos sujeitos

2.1.1. Faixa etária:

5 (62,5%) - > 30 a 40 anos

3 (37,5%) - > 40 a 50 anos

2.1.2. Sexo:

Masculino - 1 (12,5%)

Feminino - 7 (87,5%)

2.1.3. Tempo de Experiência Profissional: entre os 13 e 20 anos (média de 16 anos), em Saúde Infantil entre os 2 e os 18 anos (média de 8 anos), na UCSP Sto. António entre 0 e 4 anos e na USF Feijó de 3 anos

2.1.4. Categoria Profissional:

Graduado - 6 (75%)

Especialista - 2 (25%, incluindo enfermeiro chefe)

2.2. Temática Acolhimento da criança e família

2.2.1. Formação da área:

Sim - 5 (62,5%), maioritariamente formação em serviço

Não - 3 (37,5%)

2.2.2. Percepções sobre o acolhimento na instituição de saúde:

Admissão da criança na Unidade de Saúde
Contacto Pessoal
Agendamento e seu cumprimento
Facilitador da integração e conhecimento da instituição
Disponibilidade pessoal e profissional
Informação sobre diversos serviços prestados e sua localização
Nomes dos profissionais
Primeira fase do contacto do processo de vigilância em saúde infantil
Continuo nos diversos momentos de contacto com criança/família

Fundamental para o estabelecimento de relação com criança/família

Esclarecimento de dúvidas

Continua disponibilidade no atendimento à criança/família (recepção, consulta, encaminhamento)

Receber para o estabelecimento de uma relação de parceria nos cuidados e desenvolvimento da criança

Acessibilidade

Empatia

Qualidade de informação e cuidados

Processo de cuidar que engloba todo o conjunto familiar

Acções para o acompanhamento do processo de desenvolvimento desde o nascimento até idade de jovem adulto



2.2.3. Práticas/passos de acolhimento na instituição de saúde:

Apresentação de serviço
Apresentação de equipa multiprofissional
Informação sobre funcionamento
Estabelecimento de relação empática
Disponibilidade
Prática informal
Cumprimento do agendamento
Encaminhamento

Esclarecimento de dúvidas
Fornecimento de contacto telefónico
Satisfação de necessidades da criança/família
Escutar preocupações
Identificar motivo de vinda
Contacto pessoal e directo com utentes
Tratar a criança pelo nome
Informar sobre outros serviços/recursos comunidade



2.3. Temática Cartas Terapêuticas

2.3.1. Formação da área:

Sim - 1 (12,5%), ao nível de curso de enfermagem

Não - 7 (87,5%)

2.3.2. Percepções sobre cartas terapêuticas:

Promotor de esperança
Intervenções que visam reforço positivo
Reconhecimento de competências da criança/família
Criação de laços
Relações de partilha
Participação da criança/família no seu projecto de saúde
Incentivo
Prémio atribuído à criança/família pelo seu adequado desempenho
Veículo de informação

2.3.3. Utilização das cartas terapêuticas:

Sim - 5 (62.5%)

Não - 3 (37,5%)

2.3.4. Contextos de utilização:

Procedimentos dolorosos
Vacinação
Consulta de Vigilância de Saúde Infantil
Consulta de Vigilância de Saúde Materna e Planeamento Familiar
Diplomas de bom comportamento

3. Enquadramento Teórico: Cartas Terapêuticas

A intervenção das cartas terapêuticas pode ser considerada um acto de enfermagem e cura



Criação de oportunidades para relações mais participativas com os clientes, que promovam a reflexão

As cartas terapêuticas acontecem em ambiente de reciprocidade e relação, sendo que são escritas com cuidado e recebidas com amor, revelando potencial de cura, convidar à reflexão e mudança e fazer a diferença na vivência do sofrimento.

Destaca-se a múltipla aplicabilidade das cartas terapêuticas nas diferentes áreas de atenção de enfermagem e contextos.

Os benefícios desta intervenção identificados pelos clientes se prendem com:



Possuir uma recordação do processo clínico que perdure no tempo

Disponer de uma descrição das suas forças e sucessos

Possibilidade de reviver diversas questões e reflectir novamente sobre elas

Possuir lembranças, medidas ou marcas de mudança, como um testemunho do trabalho pessoal realizado p

Possuir um reconhecimento do seu sofrimento

Identificação de soluções


Exteriorização e confronto de problemas

Intervenção junto de adolescentes

Comunicação entre profissional e cliente

Identificação de forças

Deve-se ter cuidado ao escolher o destinatário da carta, ao escrevê-la e principalmente atenção à reacção do cliente face à carta.



"Terapêutico" deriva do Latim Therapeutica

- Arte de curar e de preservar a saúde
- *Word Therapy* integrada nos cuidados de enfermagem

Promove o relacionamento terapêutico

- Cuidar pelas palavras
- Identificação da intencionalidade/interpretação da família

Promove espaço de abertura ao cuidar

- Reflexão
- Atribuição de significado a vivências de doença e sofrimento



Cuidados
Centrados na
Família

Acolhimento à
criança e
família

Cartas
Terapêuticas

Avaliação e
intervenção
familiar

4. Propostas Cartas Terapêuticas

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António
Península de Setúbal I - ACES Almada



Diploma de Mérito

Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

Enquanto pai, um dos seus papéis consiste na promoção da vigilância do desenvolvimento e da saúde do seu filho(a).

Reconhecendo que esse cuidar nem sempre é fácil, damos-lhe os PARABÉNS pelo excelente trabalho que tem desenvolvido no acompanhamento do(a) _____

Esse trabalho tem-nos recordado que o amor e dedicação são contributos fundamentais para o adequado desenvolvimento e saúde do seu filho(a).

O seu filho(a) agradece por o trazer às Consultas de Vigilância de Saúde Infantil.

Pela Equipa de Enfermagem
Votos de muitas felicidades!

(Assinatura Enfermeiro)

(Data)

Elaborado por Enf.ª Marta Gomes. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de Lisboa.

Cartas elaboração em sessão formação (1)

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António
Península de Setúbal I - ACES Almada

Diploma de Coragem

Vacinação/Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

A presença nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e na Vacinação são importantes para o teu desenvolvimento saudável.

A tua coragem em participar nestas actividades, que promovem o teu bem-estar, merecem o reconhecimento da Equipa de Enfermagem.

Vencer os medos nem sempre é fácil, mas tu conseguiste.

És um(a) campeão(ã) _____

PARABÉNS!
Pela Equipa de Enfermagem

(Assinatura Enfermeiro)

(Data)

Elaborado por Enf.ª Marta Gomes. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de Lisboa.

Cartas elaboração em sessão formação (2)

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António
Península de Setúbal I - ACES Almada



Certificado à Mãe que Amamenta

Consulta de Vigilância de Saúde Infantil/Saúde Materna e Planeamento Familiar

Felicitamos a Mãe _____
pela sua escolha de amamentar o seu filho(a).

Reconhecemos que este processo nem sempre é fácil, contudo relembramos que fortalece a relação mãe/filho e promove um desenvolvimento adequado da criança.

O seu filho(a) agradece a sua escolha.

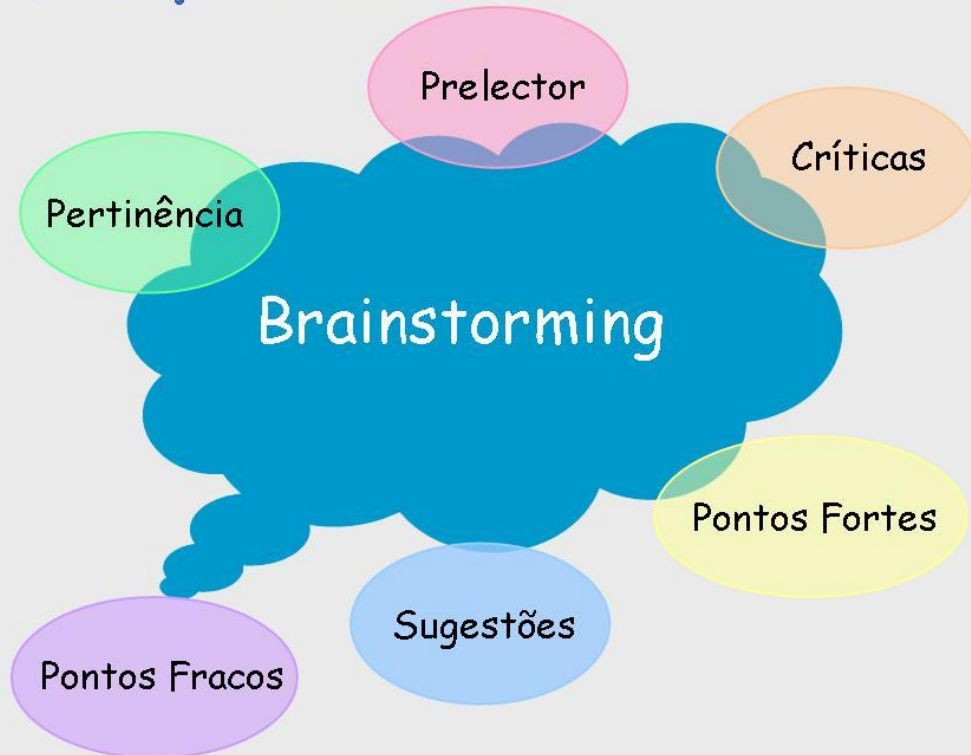
Pela Equipa de Enfermagem
Bem haja!

(Assinatura Enfermeiro)

(Data)

Elaborado por Enf.ª Marta Gomes. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de Lisboa.

5. Avaliação da sessão



5.1. Registo avaliação: brainstorming

- Realização de cartas terapêuticas na sessão foi valorizado como aspecto inovador, que possibilitou partilha de ideias
- Sessão esclarecedora
- Temas abordados foram pertinentes e suficientes
- Importante realização prévia de diagnóstico de necessidades de formação



Obrigada pela vossa participação...

ANEXO IV – Artigo: Cartas Terapêuticas: Promovendo a Parentalidade e Relações de Parceria com a Criança/Família



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Disciplina de Enfermagem de Saúde Infantil

Cartas Terapêuticas: Promovendo a Parentalidade e Relações de Parceria com a Criança/Família

Artigo: Revisão Bibliográfica

Lisboa, Junho de 2010

Cartas Terapêuticas: Promovendo a Parentalidade e Relações de Parceria com a Criança/Família

Marta Gomes ⁽¹⁾

Resumo

O presente artigo constitui uma revisão bibliográfica sobre as temáticas das cartas terapêuticas, parentalidade e acolhimento.

Visa-se com a revisão de tais conceitos demonstrar que a entrega de cartas terapêuticas, constitui uma intervenção de enfermagem, cujo fim se poderá prender com a promoção da parentalidade e de relações de efectiva parceria entre os enfermeiros e a criança/família.

Salienta-se então a pertinência desta intervenção face à vigente concepção de Cuidados Centrados na Família, na medida em que as cartas ao fomentarem o estabelecimento de relações mais participativas, claras e reflexivas com os clientes, conduzem ao desenvolvimento de competências e de sentimentos de controlo e reconhecimento de potencialidades da criança/família.

Em suma, a intervenção dar cartas terapêuticas, pode ser sistematizada para a prática de enfermagem, sendo que, nomeadamente, o enfermeiro especialista em saúde infantil com a sua realização desenvolve algumas competências específicas da sua área de especialização.

Palavras-chave: Cartas Terapêuticas; Parentalidade; Acolhimento; Criança/Família.

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

0. Introdução

O presente artigo apresenta uma revisão bibliografia relativa às temáticas das cartas terapêuticas, parentalidade e acolhimento.

Assume-se que a entrega de cartas terapêuticas, consiste numa intervenção de enfermagem cuja intencionalidade se poderá prender com a promoção da parentalidade e estabelecimento de uma relação de efectiva parceria entre o enfermeiro e a criança/família.

Note-se que a intervenção das cartas terapêuticas no âmbito de enfermagem tem sido utilizada com o objectivo de fomentar relações mais participativas e claras com os clientes, que promovam a reflexão (Wright et al., 1996 cit. por Moules, 2002). A salientar a evidência encontrada no que concerne aos seus efeitos nos profissionais que as escrevem e nos clientes que as recebem (Moules, 2002).

Salienta-se então a pertinência desta intervenção face à vigente concepção de Cuidados Centrados na Família, definindo-se como sua intencionalidade, nomeadamente, a promoção do papel parental e da assumpção por parte da criança e família dos seus papéis de

saúde, no âmbito de uma relação de efectiva parceria com a equipa de enfermagem.

Para a sistematização de tal intervenção considera-se fundamental, uma adequada avaliação e intervenção familiar durante todo o processo de acolhimento da criança/família na instituição de saúde. Bem como, a importância da apropriação de conceitos e reflexão relativas à temática da parentalidade e acolhimento.

No que respeita à área de especialidade de enfermagem em saúde infantil e pediatria, destaca-se que a intervenção das cartas terapêuticas, inclusive, possibilita o desenvolvimento de competências específicas, designadamente:

- Comunicar com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
- Utilizar estratégias motivadoras da criança e família para a assumpção dos seus papéis de saúde;
- Demonstrar na prática conhecimentos relativos a estratégias promotoras de esperança;
- Utilizar estratégias promotoras de esperança realista;

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

- Promover melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segue-se então a apresentação da revisão bibliográfica realizada, dividida em três capítulos: o primeiro aborda-se a temática das cartas terapêuticas; no segundo o conceito de parentalidade; ao que se segue o tópico do acolhimento. Por fim, encontram-se as notas conclusivas e referências bibliográficas de apoio ao artigo.

1. As Cartas Terapêuticas: intervenção ao serviço da parentalidade e relação de parceria

Em conformidade com Moules (2002) as cartas terapêuticas diferem das cartas sociais no seu contexto, conteúdo, intencionalidade terapêutica e efeito, existindo evidência dos seus efeitos nos profissionais que as escrevem e nos clientes que as recebem.

A mesma autora ressalva assim que a intervenção dar cartas terapêuticas pode ser considerada um acto de enfermagem e cura, sendo que no âmbito de enfermagem tal intervenção tem sido utilizada para criar oportunidades de relações mais participativas e claras com os clientes, que promovam a reflexão (Wright et al., 1996 cit. por

Moules, 2002). Reforça-se, inclusive, que as cartas terapêuticas acontecem em ambiente de reciprocidade e relação, sendo que são escritas com cuidado e recebidas com amor, revelando potencial de cura, suscitar a reflexão e mudança e fazer a diferença na vivência do sofrimento (Bell, Moules e Wright, 2009). Destaca-se a sua múltipla aplicabilidade nas diferentes áreas de atenção de enfermagem e contextos (Moules, 2002).

Salienta-se então a pertinência desta intervenção face à vigente concepção de Cuidados Centrados na Família, definindo-se como sua intencionalidade, nomeadamente, a promoção do papel parental e da assumpção por parte da criança e família dos seus papéis de saúde, no âmbito de uma relação de efectiva parceria com a equipa de enfermagem. A relembrar que esta filosofia assenta no respeito, colaboração e apoio, entre profissionais de saúde e a família (Galvin et al., 2000 cit. por Winkelstein, 2006), reconhecendo-se a mesma como um elemento constante na vida da criança e promovendo-se a sua participação e envolvimento em todas as dimensões dos cuidados à mesma, tendo em conta as necessidades de ambos (Winkelstein, 2006). A considerar também a

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

diversidade entre as estruturas e culturas familiares, bem como ter por base a capacitação e o empoderamento das mesmas. Assim, ao nível da capacitação, os profissionais visam identificar e promover o desenvolvimento de competências e aptidões da família, com o objectivo de atender às necessidades da própria e da criança. No que concerne ao empoderamento, este define-se como a interacção que se estabelece entre os profissionais e as famílias no sentido de desenvolver nas mesmas sentimentos de controlo da sua vida e introduzir mudanças que estimulem as suas potencialidades (Winkelstein, 2006).

Moules (2002) descreve também os benefícios desta intervenção identificados pelos clientes, os quais se prendem com: possuir uma recordação do processo clínico que perdure no tempo; dispor de uma descrição das suas forças e sucessos; possibilidade de reviver diversas questões e reflectir novamente sobre elas; possuir lembranças, medidas ou marcas de mudança, como um testemunho do trabalho pessoal realizado; possuir um reconhecimento do seu sofrimento.

White e Murray (2002), reportando-se ao uso das cartas terapêuticas na interacção com adolescentes realçam

mesmo o seu potencial no sentido de estabelecer comunicação entre profissional e cliente, identificação de forças, exteriorização e confronto de problemas, identificação de soluções.

No decorrer da aplicação desta intervenção, Moules (2002) salienta que se deve ter cuidado ao escolher o destinatário da carta, ao escrevê-la e principalmente atenção à reacção do cliente face à carta. Acresce-se que as cartas terapêuticas, como intervenção, nos remetem para a preservação da integridade da relação estabelecida entre enfermeiro/cliente através do peso da palavra escrita (Bell, Moules e Wright, 2009).

Em suma, para a realização desta intervenção considera-se fundamental, uma adequada avaliação e intervenção familiar durante todo o período de relação entre o enfermeiro e a criança/família, o mesmo é dizer durante todo o seu processo de acolhimento na instituição de saúde. Por base destaca-se então a importância da apropriação de conceitos e reflexão relativas à temática da parentalidade e acolhimento.

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

2. Parentalidade: definição de conceitos

A Parentalidade é definida pelo International Council of Nurses (2006) como “Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (International Council of Nurses, 2006: 43).

Segundo Cruz (2005) o conceito de parentalidade “(...) diz respeito ao conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.” (Cruz, 2005: 13).

Pires (2001a) salienta mesmo que “A paternidade constitui um desafio difícil e complexo e também um dos mais

importantes da comunidade humana.” (Pires, 2001a: 11), ao que Karl Menninger (s/d *cit.* por Bradt, 2001: 206) acresce que “A paternidade, quer do pai ou da mãe, é a mais difícil tarefa que os seres humanos têm para executar.” Assim, a parentalidade é entendida como algo que consome muito tempo e envolve esforço, sendo que “Na maioria das famílias os pais trabalham e o tempo que passam com a criança é bastante escasso e disputado a muitos afazeres.” (Pires, 2001a: 11).

Alarcão (2002) refere que associado ao nascimento do primeiro filho surge, não só, a criação de um novo subsistema familiar, o parental, como também novas funções e tarefas e a necessidade de reorganizações relacionais, intra e inter-familiares e inter-sistémicas. Segundo Murray (2006) nas primeiras semanas de vida do lactente, especial quando se trata do primeiro filho, o casal necessita de fazer ajustes drásticos, mesmo nos casos em que o nascimento do filho foi planeado. Tal situação poderá constituir um momento de crise quando encarada como um distúrbio de velhos hábitos e relações e por induzir novas respostas (Murray, 2006).

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Por outro lado, à integração de um novo membro na família associam-se também grandes responsabilidades financeiras (Murray, 2006), todavia quando os pais colocam a hipótese de ter um filho não consideram muitas vezes essas responsabilidades (Bolander, 1998). Em consequência da nova necessidade de proporcionar cuidados adequados à criança surge também a redução drástica dos períodos recreativos e de férias dos pais (Carter, McGoldrick, 2001).

De um modo geral, entendem-se por relações parentais todos os aspectos que digam respeito à relação entre pais e filhos (Pires, 1992). Esta definição inclui portanto, aquilo que ambos fazem juntos, a forma como o fazem, o que pensam um do outro e as crenças, expectativas e responsabilidades que têm um para com o outro (Pires, 1992). Ao estudo de tais relações interessam, ainda, as transformações que ocorrem na relação entre pais e filhos, e que decorrem das situações de transição/ crise familiar, tais como o casamento, o nascimento de outros filhos, situações de divórcio, entre outras (Pires, 1992). Rodrigues e Diogo (2002) salientam que a criança é um participante activo no estabelecimento desta relação, na medida em que o seu

desenvolvimento é tão profundamente determinado pelas fantasias dos pais como pelas suas competências inatas (Brazelton e Cramer 1989 *cit.* por Rodrigues e Diogo, 2002).

Pires (2001b), ao referenciar Rutter (1989), “(...) define comportamento parental como uma tarefa que diz respeito aos cuidados que se prestam às crianças; uma tarefa que inclui propiciar uma ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da criança; responder ao desconforto da criança, às interações sociais, pedidos e comportamentos disruptivos; e resolver conflitos e dificuldades interpessoais.” (Pires, 2001b: 18). Desta forma, em conformidade com o mesmo autor, o comportamento parental “(...) requer competências de vários tipos que se reflectem na sensibilidade para as deixas da criança e na responsividade para as diferentes necessidades em diferentes fases do desenvolvimento; na resolução de problemas sociais e em lidar com adversidades e situações de stress, e no uso de técnicas de disciplina.” (Pires, 2001b: 18). Segundo Skinner (1986 *cit.* por Pires, 2001b), um prestador de cuidados sensitivo é aquele que, perante determinada acção da criança, responde de uma forma contingente e apropriada. Ser

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

contingente, por sua vez, pressupõe responder rapidamente, de uma forma consistente e não de um modo indiscriminado, o mesmo é dizer, responder só a determinados comportamentos da criança (Skinner, 1986 *cit.* por Pires, 2001b). Por outro lado, uma resposta é adequada se considerar não só a necessidade presente da criança, a sua solicitação ou intenção, como também o seu nível de desenvolvimento (Skinner, 1986 *cit.* por Pires, 2001b).

De acordo Bornstein (1988) e Bornstein, Tamis-Le-Monda, Pascual, Haynes, Painter, Galperín, & Pêcheux (1996), referenciados por Pires (2001b), podem-se identificar quatro domínios do comportamento parental e respectivos cuidados parentais: cuidados primários, que respeitam à satisfação das necessidades da criança, assegurando o seu bem-estar, incluindo a alimentação e limpeza; cuidados sociais, que incluem as estratégias físicas e verbais que os pais utilizam para expressar sentimentos para com a criança, e procederem a trocas emocionais com a mesma, envolvendo a expressão de sensibilidade, reciprocidade e afecto; cuidados didácticos, relativos às estratégias físicas e verbais utilizadas pelos pais

para que as crianças interajam com o meio, sendo que o foco da atenção é o exterior à criança ou adulto; imposição de limites, que envolve inculcar convenções e regras, bem como o respeito pela autoridade.

Por sua vez, Cruz (2005) sistematiza cinco funções inerentes à parentalidade:

- Satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e de saúde;
- Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, o qual possibilite o estabelecimento de rotinas;
- Responder às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares, sendo que os pais devem constituir apresentadores, mediadores e intérpretes do mundo exterior face à criança;
- Satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança, as quais se prendem com o estabelecimento de relações de vinculação;
- Constituir o primeiro contexto de socialização da criança, o que se relaciona com as necessidades de interacção social da criança e sua integração na comunidade (Cruz, 2005).

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Segundo Balancho (2006), podemos distinguir três tipos de presença dos pais na vida diária dos filhos: a interacção/envolvimento que consiste no contacto directo nos cuidados e actividades partilhadas; a acessibilidade que se define como a disponibilidade potencial do pai para estar física e emocionalmente próximo do filho, estando contudo ausente a interacção directa com o mesmo; a responsabilidade a qual, por sua vez, corresponde à iniciativa e tomada de decisões práticas. Estes tipos de práticas podem coexistir, bem como deferir na sua presença e predomínio, no entanto todas elas correspondem a tipos de presença relativos a pais que se interessam pelos seus filhos e fazem algo por eles, o que não acontece com pais afectivamente distantes (Balancho, 2006).

Distinguem-se então diversos graus ao nível do compromisso e envolvimento dos pais nos cuidados diários aos filhos, sendo que uns detêm um conhecimento aprofundado de tudo o que é importante na vida dos mesmos e outros são pouco conhecedores, periféricos e distanciados, quer convivam diariamente com os filhos ou não (Balancho, 2006). Sabe-se, no entanto, que pais mais conhecedores e com

maior grau de envolvimento na vida dos filhos, têm maiores possibilidades de lhes prestar suporte emocional, “(...) alargando a prestação de cuidados diários directos à capacidade de cuidar das emoções e da estrutura socioemocional da criança e adolescente.” (Balancho, 2006: 38).

Balancho (2006) distingue também duas dimensões da parentalidade, a responsabilidade e o controlo parentais, defendendo que ambas constituem factores essenciais para o processo de socialização da criança. A responsabilidade dita adequada prende-se com ter uma resposta atenta, afectuosa e centrada na criança. O controlo parental deve ser moderado, caracterizando-se pelo estabelecimento de regras e limites, sendo no entanto dada à criança autonomia e possibilidade de tomar decisões. Por oposição aos filhos de pais controladores, autoritários e que não respondem às necessidades dos filhos, as crianças que beneficiem deste tipo de comportamento caracterizar-se-ão por uma auto-estima elevada, sucesso académico, adequado desenvolvimento cognitivo e comportamental. Desta forma, o calor paternal que se caracteriza pelo afecto, compreensão e ternura e a proximidade (a atenção

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

dispensada e quantidade de tempo de interacção) surgem como factores beneficiadores e potenciadores de todos os impactos positivos que o pai tem sobre os filhos, bem como originam crianças felizes e que se relacionam bem com os outros (Balacho, 2006).

Inerente aos conceitos de parentalidade e relações parentais está o processo de vinculação entre pais e filhos, mesmo porque “A qualidade da vida familiar pode avaliar-se através das relações existentes entre os indivíduos que a constituem.” (Jorge, 2004: 25). De acordo com Brazelton (1992) este conceito é actualmente associado à ligação estabelecida entre o bebé e a figura, ou figuras, de referência entendidas como centradas no cuidador por excelência, sendo então a vinculação promovida pela dimensão da interacção entre ambos. O autor destaca mesmo que a primeira grande tarefa dos pais se prende com desenvolver um sentimento de vinculação com o filho, de forma a descobrir as suas competências e necessidades específicas, as quais devem satisfazer.

De acordo com Gleitman (1993 *cit.* por Gonçalves, 2004: 25) “(...) os **primeiros anos** são decisivos, no sentido de que certos padrões sociais

têm muito mais probabilidades de serem adquiridos nessa altura, como a capacidade de formar vínculos com outras pessoas (...) a criança que nunca foi amada pelos pais intimidar-se-á com os seus pares, e o seu desenvolvimento social ulterior ficará obstruído.” Por sua vez, em conformidade com Camarneiro (1995 *cit.* por Jorge, 2004), o processo de vinculação não termina quando se completa o ano de vida, sendo um processo que se mantém por toda a vida, embora com características diferentes

Gomes-Pedro e Torgal-Garcia (1999) reforçam também, que a dinâmica interactiva do sistema causa-efeito na vida de relação pai-filho está profundamente dependente da qualidade do vínculo, o qual por sua vez é sistematicamente reforçado pela oportunidade e responsabilidades dos cuidados prestados.

De acordo com o modelo dos determinantes do comportamento parental elaborado por Belsky (1981, 1984, *cit.* por Pires, 2001b), o comportamento dos pais é influenciado por factores do sujeito, nomeadamente a personalidade e a história do seu desenvolvimento, bem como por factores da própria criança e do contexto social, de apoio ou stress, em

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

que a relação pais/criança está inserida. Assim, os comportamentos parentais são determinados por causas múltiplas, sendo que nem todos os factores têm o mesmo grau de influência e podem exercer uma influência directa ou indirecta (Belsky, 1989 *cit.* por Pires, 2001b).

É importante referir que ao nível da parentalidade uma situação de risco consiste em “(...) qualquer situação genérica que coloque em stress a relação entre a mãe e a criança, e os cuidados parentais inerentes à parentalidade.” (Pires, 2001b: 20), sendo que o risco pode ser tanto para a mãe como para a criança (Pires, 2001b).

As consequências para os pais, destas situações de risco, são variadas, sendo que incluem: a ansiedade e depressão perante o diagnóstico de uma doença; sofrimento associado à falta de informação e incerteza sobre a saúde e desenvolvimento da criança, e relativamente a como actuar; conflito ou até desagregação familiar, isolamento social e estigmatização (Pires, 2001b). Outras consequências são: sobrecarga económica, das rotinas familiares e dos cuidados parentais; ameaças à confiança parental; qualidade das interacções sociais, dos cuidados didácticos e, em

alguns casos, dos cuidados básicos (Pires, 2001b). Por sua vez tais consequências dependem também da capacidade de resiliência dos pais, sendo que a mesma, de um modo muito sucinto, pode ser descrita como a aptidão que cada um tem para uma adaptação bem sucedida face a situações adversas (Jorge, 2004). Parece ser um fenómeno interactivo que resulta das relações complexas existentes entre as componentes pessoais de cada indivíduo e o suporte social que teve ao longo da vida, sendo que numa fase inicial forma-se através do afecto e do vínculo existente entre os pais e a criança (Jorge, 2004).

3. Acolhimento: definição de conceitos

Uma vez revistos e sistematizados conceitos face à temática das cartas terapêuticas e parentalidade, dá-se a possibilidade ao enfermeiro de, no sentido da promoção de papel parental e estabelecimento de relações de parceria com a criança/família, designadamente em cuidados de saúde primários, dinamizar esta intervenção. Como já referido acima para tal é fundamental, uma adequada avaliação e intervenção

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

familiar durante todo o processo de acolhimento da criança/família nas instituições de saúde. Emerge, então, a necessidade de se abordar o conceito de acolhimento, integrado na prestação de cuidados de enfermagem.

Para Formarier (2000), acolher, enquanto ritual da vida social, corresponde à fase inicial do processo de socialização, constituindo o ponto de partida para o estabelecimento de qualquer relação social. No entanto, a mesma autora salienta que acolher não se resume a um mero ritual da vida em sociedade; para os profissionais de saúde ele é, também, um acto de cuidar.

A arte de bem cuidar só é possível tendo presente a máxima qualidade do acolhimento e das relações que nesse momento de aproximação se estabelecem, encarando-o como uma óptima fonte de informação para perceber as reais necessidades manifestadas pelo cliente e sua rede familiar (Bernardo, 1996). Com o objectivo de responder da forma mais adequada a essas necessidades, o mesmo autor realça a importância dos profissionais conjugarem, em simultâneo, a competência científica actualizada, com um efectivo e pertinente esforço de acolhimento empático para se alcançar um

relacionamento verdadeiramente terapêutico, respeitador das diferenças e da dignidade intrínseca de cada um.

Martins (1992) citando Killilea, salienta que o que pode ser rotina para os profissionais de saúde que acolhem a criança no serviço, representa sempre, para ela e para os pais, uma situação de crise, isto é, um período de desequilíbrio psicológico e físico que temporariamente diminui as suas capacidades habituais de enfrentar os problemas. É neste contexto que a ideia de Chauchard de que (1973: 140) “(...) o acolhimento ideal não é o que uniformiza, mas o que personaliza (...)”, ganha relevância. O mesmo é dizer que só aceitando e valorizando as diferenças, se consegue promover um acolhimento adaptado às especificidades de cada cliente.

Formarier (2000) apoia esta ideia, considerando que quem acolhe não se deverá centrar em protocolos de acolhimento estritos, estereotipados e desumanizados. Em vez disso, o acolhimento nas instituições de saúde deverá constituir um acto profissional baseado em conceitos importantes, como os de adaptação e ajuda, que constituem em si mesmo o cerne da profissão de enfermagem.

⁽¹⁾ Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Outros autores consideram que a palavra acolhimento ultrapassa a noção de recepção ou de primeiro contacto, realçando que os espaços de acolhimento se deverão repetir com uma periodicidade regular, permitindo aos pais sentirem-se permanentemente informados e envolvidos na equipa multidisciplinar. Todos estes momentos permitem a formação de relações calorosas, personalizadas e de confiança (Brito, 2006).

Considera-se que a apresentação de toda a equipa multidisciplinar, assim como das instalações do serviço, constitui também um aspecto importante do acolhimento, o qual visa minimizar o medo do desconhecido (Machado, 2000; Brazelton, 2004).

O acolhimento, representa então o momento de conhecer um pouco a criança e sua família, seus hábitos e comportamentos. É também neste momento que o profissional de saúde deverá insistir numa recolha de dados objectiva, para obter uma avaliação inicial o mais completa possível (Jorge, 2004; Brito, 2006), sendo que compete ainda ao enfermeiro, nesta fase, ceder a informação adequada e apoio ajustados, demonstrar competência, dedicação e segurança (Bernardo, 1995).

4. Notas Conclusivas

Com o presente artigo, pretendeu-se evidenciar que as cartas terapêuticas, podem consistir uma intervenção sistematizada na prática de enfermagem e despertar os enfermeiros para a sua dinamização.

Nomeadamente, destaca-se a possibilidade da sua intencionalidade e objectivo se prender com a promoção da parentalidade e estabelecimento de relações de efectiva parceria com a criança/família, no contexto das instituições de saúde.

Inclusive, no que respeita à área de especialidade de enfermagem em saúde infantil e pediatria, esta prática permite a aquisição e desenvolvimento de competências específicas. Tanto a comunicação com a criança e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, como a utilização de estratégias motivadoras da criança e família para a assumpção dos seus papéis de saúde, a demonstração, na prática, de conhecimentos relativos a estratégias promotoras de esperança e sua utilização ou a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, constituem competências fundamentais, ao nível da saúde infantil,

para a adesão a boas práticas de vigilância do desenvolvimento e promoção de saúde.

5. Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (des) Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto; 2001.
- Balancho L F. Ser Pai, Hoje. Barcarena: Editorial Presença; 2006.
- Bell, J M., Moules, N J, Wright, L M. Therapeutic Letters and the Family Nursing Unit: A Legacy os Advanced Nursing Practice. Journal of Family Nursing. 2009 Fev: 6-30. [Consult. 9 Abr. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://jfn.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/1/6>>.
- Bernardo, F. Aspectos da pedagogia do acolhimento eficaz, uma relação empática, congruente e terapêutica. Informar. 1995; 2:16-19.
- Bernardo, F. Humanizar-se para cuidar: a auto-actualização e aquisição de competências para o adequado desempenho de tarefas. Servir. 1996; 44 (2): 59-62.
- Bolander, V R. Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta; 1998.
- Bradt, J O. Tornando-se Pais: Famílias com Filhos Pequenos. In B Carter, M McGoldrick e col. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 206-222.
- Brazelton, T B. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- Brazelton, T B. O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos, 7ª ed. Lisboa: Presença; 2004.
- Brito, I. O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena. In IAC, organizadores. Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa: Edições IAC; 2006. p. 33-34.
- Carter, B, McGoldrick, M. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar. In B Carter, M McGoldrick e col. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – Uma estrutura para a terapia familiar, Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 7-29.
- Chauchard, P. O acolhimento: psicofisiologia e educação da receptividade. Lisboa: Edições Paulistas; 1973.
- Cruz, O. Parentalidade. Coimbra: Quarteto; 2005.
- Curado, A. Acolher...É Receber...É Dar...É Partilhar... In IAC, organizadores. Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa: Edições IAC; 2006. p. 22-24.
- Formarier, M. Le concept d'accueil ou comment former les futures professionnels à l'accueil. In Apache. Guide de l'hospitalisation de enfants. France: Apache; 2000. p. 74-78.
- Gomes-Pedro, J, Torgal-Garcia, F. Pai e Bebê ou A Redescoberta do Pai. Acta Pediátrica Portuguesa. 1999; 30 (2): 3-7.
- Gonçalves, P M M. Pais, presença e educação. Servir. 2004; 52 (1): 24-26.

- International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2006.
- Jorge, A. M. Família e Hospitalização da Criança. Loures: Lusociência; 2004.
- Machado, M. Humanização do Internamento Hospitalar. In IAC, organizadores. Reflectir as Práticas para Melhorar o Desempenho. Lisboa: Edições IAC; 2000. p. 33-38.
- Maisons-Honoré, L. Uma Atmosfera Humana nas Relações de Trabalho. In W. Hesbeen. Cuidar neste Mundo. Loures: Lusociência; 2004. p. 51-70.
- Martins, A. G. Alguns Aspectos Psicológicos da Humanização. In A. Moleiro et al. Humanizar o atendimento à criança. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa; 1992. p. 25-42.
- Moules, N. Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice, *Nursing Inquiry*. 2002; 9 (2):104-113.
- Murray, P. Influências da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. J. Hockenberry, Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 30-54.
- Ordem dos Enfermeiros. Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2009.
- Pires, A. Nota de Abertura. *Análise Psicológica*. 1992; série X (1): 3-4.
- Pires, A. Nota de Abertura. In Pires, A. Crianças (e pais) em risco. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2001a. p. 11-14.
- Pires, A. Parentalidade em Risco. In A. Pires. Crianças (e pais) em risco. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2001b. p. 15-38.
- Rodrigues, L., Diogo, P. Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e Hospitalização. *Servir*. 2002; 50 (1): 12-20.
- White, V., Murray, M. A. Passing Notes: The Use of Therapeutic Letters Writing in Counseling Adolescents. *Journal of Mental Health Counseling*. 2002 Abr; 24 (2): 166 -176.

ANEXO V – Diploma de Mérito

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António

Península de Setúbal I - ACES Almada



Diploma de Mérito

Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

Enquanto pai, um dos seus papéis consiste na promoção da vigilância do desenvolvimento e da saúde do seu filho(a).

Reconhecendo que esse cuidar nem sempre é fácil, damos-lhe os **PARABÉNS** pelo excelente trabalho que tem desenvolvido no acompanhamento do(a) _____

Esse trabalho tem-nos recordado que o amor e dedicação são contributos fundamentais para o adequado desenvolvimento e saúde do seu filho(a).

O seu filho(a) agradece por o trazer às Consultas de Vigilância de Saúde Infantil.

Pela Equipa de Enfermagem

Votos de muitas felicidades!

(Assinatura Enfermeiro)

(Data)

Elaborado por Enf.ª Marta Gomes. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de Lisboa.

ANEXO VI – Diploma de Coragem

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António
Península de Setúbal I - ACES Almada

Diploma de Coragem

Vacinação/Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

A presença nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e na Vacinação são importantes para o teu desenvolvimento saudável.

A tua coragem em participar nestas actividades, que promovem o teu bem-estar, merecem o reconhecimento da Equipa de Enfermagem.

Vencer os medos nem sempre é fácil, mas tu conseguiste.

És um(a) campeão(ã) _____

PARABÉNS !

Pela Equipa de Enfermagem

(Assinatura Enfermeiro)

(Data)

Elaborado por Enf.ª Marta Gomes. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de Lisboa.

ANEXO VII – Certificado à Mãe que Amamenta

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António
Península de Setúbal I - ACES Almada



Certificado à Mãe que Amamenta

Consulta de Vigilância de Saúde Infantil/Saúde Materna e Planeamento Familiar

Felicitamos a Mãe _____
pela sua escolha de amamentar o seu filho(a).

Reconhecemos que este processo nem sempre é fácil, contudo relembramos que fortalece a relação mãe/filho e promove um desenvolvimento adequado da criança.

O seu filho(a) agradece a sua escolha.

Pela Equipa de Enfermagem

Bem haja!

(Assinatura Enfermeiro)

(Data)

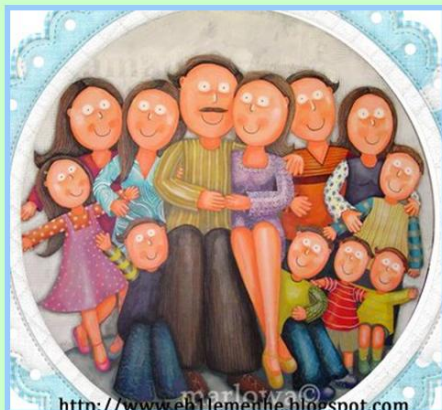
Elaborado por Enf.ª Marta Gomes. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de Lisboa.

ANEXO VIII – Cartaz divulgação sessão: Ser Pai – Conquistas e Oportunidades

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sto. António
Península de Setúbal I—ACES Almada

Ser Pai:

Conquistas e Oportunidades



Convidam-se todos os presentes a participar numa sessão de partilha entre os pais.

A realizar dia 7 de Junho, 2010, pelas 15:00

Local: Sala de Espera de Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e de Vacinação

Contamos com a sua participação!

Pela Equipa de Enfermagem, Enf.^a Marta Gomes

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde de Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

ANEXO IX – Suporte para elaboração de Carta de e para um Pai

Carta de e para um Pai



Para: _____

Gostaria com esta mensagem de lhe lembrar/agradecer/louvar/reconhecer que

(Assinatura)

(Data)

Modelo de carta elaborado pela Equipa de Enfermagem da UCSP de Sto. António, Enf.ª Marta Gomes
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde de Infantil e Pediatria, pela Uni-
versidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

ANEXO X – Formulário para avaliação da sessão

Código de Identificação do Questionário (a preencher por Enfermeira): _____

Nota: Nos seguintes itens de escolha múltipla, por favor, coloque um X, de acordo com a opção com qual se identifica.

1. Caracterização

1.1. Faixa Etária

Faixa Etária	20 a 30 anos	
	> 30 a 40 anos	
	> 40 a 50 anos	
	> 50 a 60 anos	
	> 60 anos	

1.2. Sexo

Sexo	Feminino	
	Masculino	

1.3. Idade da criança que veio à Consulta/Vacinação (anos/meses): _____

1.4. Relação de parentesco com a criança: _____

2. Avaliação Sessão Partilha entre Pais – Ser Pai: Conquistas e Oportunidades

2.1. Considerou esta sessão importante? Sim Se sim, diga porquê.
(linhas abaixo)

Não

2.2. Gostaria que novas sessões de partilha/formação fossem realizadas? Sim Se sim, diga quais os temas a abordar (linhas abaixo)

Não

Obrigado pela sua colaboração, Enf.^a Marta Gomes
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

ANEXO XI – Cartão de Agradecimento

Cartão de Agradecimento



"A perícia de um cirurgião, a argumentação de um advogado, a diplomacia de um embaixador, a perspicácia de um académico, o coração de um padre... é aquilo que é preciso para ser um bom pai. A quem quer tentar?"

(Parsons, 1997 cit por Balancho, 2006: 13)

Relembrando que ser pai nem sempre é fácil, reconhecemos o seu amor, empenho e dedicação. Certifica-se a sua presença nesta sessão, Ser Pai: Conquistas e Oportunidades e agradece-se a sua participação e partilha, que tão fundamentais se tornam para a discussão e conhecimento do que é a parentalidade, ser pai e percepções associadas.

Obrigado!

Pela Equipa de Enfermagem da UCSP de Sto. António, Enf.^a Marta Gomes

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde de Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

ANEXO XII – Questionário de avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Percepção dos Enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas

Código de Identificação de Questionário (a preencher por mestrando): _____

Nota: Nos seguintes itens de escolha múltipla, por favor, coloque um X, de acordo com a opção com qual se identifica.

1. Caracterização

1.1. Faixa Etária

Faixa Etária	20 a 30 anos	<input type="checkbox"/>
	> 30 a 40 anos	<input type="checkbox"/>
	> 40 a 50 anos	<input type="checkbox"/>
	> 50 a 60 anos	<input type="checkbox"/>

1.2. Sexo

Sexo	Feminino	<input type="checkbox"/>
	Masculino	<input type="checkbox"/>

1.3. Categoria Profissional

Categoria Profissional	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro Graduado	<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro Especialista	<input type="checkbox"/>

2. Intervenção: Cartas Terapêuticas

2.1. Já procedeu à entrega de cartas terapêuticas à criança/família?

Sim	<input type="checkbox"/>	Consulta de Vigilância de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Consulta de Vigilância de Saúde Materna/Planeamento Familiar	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Vacinação	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>		

2.2. Classifique, em termos de importância, a contribuição da entrega de cartas terapêuticas para o estabelecimento de uma relação de parceria entre a equipa de enfermagem e a criança/família

Nada Importante	Pouco Importante	Indiferente	Importante	Muito Importante

2.3. Qual a sua percepção face à reacção da criança/família aquando da entrega da carta terapêutica?

2.4. Destaca algum significado associado ao momento de entrega de uma carta terapêutica? (reportando-se à vivência das que já entregou)

2.5. Tenciona dar continuidade a esta intervenção? Sim

Não

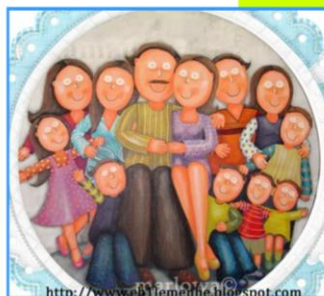
3. Sugestões (indique as suas sugestões para continuidade ou melhoria desta intervenção de enfermagem)

Obrigado pela sua colaboração, Enf.^a Marta Gomes
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

**ANEXO XIII – Folheto: Acolhimento à Consulta de Vigilância
de Saúde Infantil**

*"A perícia de um cirurgião,
a argumentação de um
advogado, a diplomacia de
um embaixador, a perspi-
cácia de um académico, a
coração de um padre... é
aquilo que é preciso para
ser um bom pai.
Alguém quer tentar?"*

(Parsons, 1997)



Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

Aguardamos a sua visita!

Equipa de Enfermagem da UCSP
Sto. António

Tel: 212 586 700



Península de Setúbal I—
ACES Almada

UCSP Sto. António

**Acolhimento à Unidade
de Cuidados de Saúde
Personalizados Sto.
António**

UCSP Sto. António

Tel: 212 586 700

Folheto elaborado por Enf.ª Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa—Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

Enquanto pai, um dos seus papéis consiste na promoção da vigilância do desenvolvimento e da saúde do seu filho(a).

Reconhecendo que esse cuidar nem sempre é fácil, incentivamo-lo a proporcionar-lhe este acompanhamento. Este é fundamental para a manutenção da saúde e adequados desenvolvimento e crescimento do seu filho(a).

Recordamos-lhe que o amor e dedicação são contributos fundamentais para o bem-estar do seu filho(a).

O seu filho(a) agradece por o trazer às Consultas de Vigilância de Saúde Infantil.

Inscrição UCSP Sto. António

A inscrição da criança deve ser realizada antes da realização do Teste do Pezinho do Bebê (Diagnóstico Precoce)

Necessita trazer: Certificado de Nascimento do bebé e Número de Identificação do Utente da Mãe e dirigir-se aos Serviços Administrativos

Horário Serviço Administrativo: Segunda a Sexta -feira das 08:00 às 20:00

Uma vez inscrita a criança, dirija-se ao gabinete de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil para se proceder à marcação de consulta.

Horário Consulta Enfermagem Saúde Infantil: Segunda a Sexta -feira das 09:00 às 13:00 e das 14:00 às 17:00

Horário Vacinação Infantil (fora consulta de vigilância): Segunda e Terça-feira das 14:00 às 16:30

Primeira Consulta de Enfermagem

A primeira Consulta de Enfermagem é realizada entre o 3.º e o 6.º dia de vida do bebé

Realiza-se, então, o Teste do Pezinho, são marcadas novas consultas de enfermagem e a primeira consulta médica (prevista aos 15 dias de vida do bebé)




Só se efectua atendimento presencial sob marcação com enfermeiro. Alguma dúvida não hesite em contactar-nos por telefone.

UCSP Sto. António

O nosso objectivo é a promoção da saúde do seu filho(a) e vigiar o seu desenvolvimento e crescimento

ANEXO XIV – Norma: Dar Carta Terapêutica

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Dar carta terapêutica	Revisão: Próxima revisão:

Objectivo: Uniformizar procedimentos relativos à intervenção de enfermagem dar carta terapêutica à criança/família

População Alvo: Enfermeiros da UCSP. Sto. António

Fundamentação:

Conceitos

Em conformidade com Moules (2002) as cartas terapêuticas diferem das cartas sociais no seu contexto, conteúdo, intencionalidade terapêutica e efeito, existindo evidência dos seus efeitos nos profissionais que as escrevem e nos clientes que as recebem.

A mesma autora ressalva então que a intervenção das cartas terapêuticas pode ser considerada um acto de enfermagem e cura, sendo que no âmbito de enfermagem tal intervenção tem sido utilizada para criar oportunidades de relações mais participativas e claras com os clientes, que promovam a reflexão (Wright e tal., 1996 cit. por Moules, 2002). Salieta-se, inclusive, que as cartas terapêuticas acontecem em ambiente de reciprocidade e relação, sendo que são escritas com cuidado e recebidas com amor, revelando potencial de cura, convidar à reflexão e mudança e fazer a diferença na vivência do sofrimento (Bell, Moules e Wright, 2009).

Moules (2002) ressalva também a múltipla aplicabilidade das cartas terapêuticas nas diferentes áreas de atenção de enfermagem e contextos, sendo que os benefícios desta intervenção identificados pelos clientes se prendem com: possuir uma recordação do processo clínico que perdure no tempo; dispor de uma descrição das suas forças e sucessos; possibilidade de reviver diversas questões e reflectir novamente sobre elas; possuir lembranças, medidas ou marcas de mudança, como um testemunho do trabalho pessoal

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa).


Data: 18/06/2010

Revisto por:

Data:

Aprovado por:

Data:

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Dar carta terapêutica	Revisão: Próxima revisão:

realizado; possuir um reconhecimento do seu sofrimento.

White e Murray (2002), reportando-se ao uso das cartas terapêuticas na interação com adolescentes realçam mesmo o seu potencial no sentido de estabelecer comunicação entre profissional e cliente, identificação de forças, exteriorização e confronto de problemas, identificação de soluções.


No decorrer da aplicação desta intervenção, Moules (2002) salienta que deve-se ter cuidado ao escolher o destinatário da carta, ao escrevê-la e principalmente atenção à reacção do cliente face à carta. Acresce-se que as cartas terapêuticas, como intervenção, nos remetem para a preservação da integridade da relação estabelecida entre enfermeiro/cliente através do peso da palavra escrita (Bell, Moules e Wright, 2009).

Para tal é então fundamental, uma adequada avaliação familiar desde o acolhimento da criança e família na instituição de saúde, bem como toda uma apropriação de conceitos e procedimentos para adequada dinamização da intervenção dar cartas terapêuticas e sua conseqüente avaliação.

Objectivos

- Promover relação de parceria entre equipa de enfermagem e criança/família
- Promover a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo a independência e bem-estar
- Motivar a criança e família para a assumpção dos seus papéis de saúde
- Acolher a criança e família na UCSP Sto. António
- Optimizar processo de comunicação com criança/família
- Promover aleitamento materno

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa). Data: 18/06/2010	Revisto por: Data:	Aprovado por: Data:
--	---	--


	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Dar carta terapêutica	Revisão: Próxima revisão:

Procedimento:

- Dar carta terapêutica à criança, mãe ou pai, de acordo com momentos-chave identificados:
 - a) Na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil aos 2 anos, nos casos em que pais cumpriram adequadamente plano de vigilância negociado com enfermeiro
 - b) Na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil aos 5/6, 8, 11/13 anos, aquando da colaboração da criança na realização de procedimentos inerentes
 - c) No programa de vacinação, a partir da idade pré-escolar, aquando da colaboração de criança/adolescente no acto de vacinação
 - d) Durante o primeiro mês de amamentação, se exclusivo

- Levantar o respectivo foco de atenção de enfermagem:
 - a) Papel Parental, adicionando o status Conhecimento sobre comportamento de promoção da saúde ao longo do desenvolvimento infantil não demonstrado
 - b) Desenvolvimento Infantil, adicionando o status sobre Conhecimento sobre desenvolvimento infantil não demonstrado
 - c) Amamentar, adicionando o status Conhecimento sobre amamentar não demonstrado
 - d) Adesão à vacinação, adicionando os status Conhecimento sobre vacinação não demonstrado (para se referir à criança) e conhecimento os pais sobre vacinação não demonstrado

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa). Data: 18/06/2010	Revisto por: Data:	Aprovado por: Data:
--	---	--

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Dar carta terapêutica	Revisão: Próxima revisão:

Intervenções de enfermagem

- Realizar avaliação inicial, no sentido de registar:
 - a) Contexto de utilização do centro de saúde
 - b) No campo da saúde infantil – desenvolvimento infantil, os dados relativos ao campo da alimentação (aleitamento materno), exame global de saúde 5/6 anos
 - c) No campo do prestador de cuidados, qual a pessoa de referência para aquela família, que assegura a vigilância do desenvolvimento/crescimento e saúde da criança
 - d) No campo da saúde juvenil, os dados relativos ao exame global de saúde 10/13 anos

- Levantar as intervenções já contempladas no padrão, com o objectivo de registar em notas associadas ou especificação a entrega de carta terapêutica, de acordo com o foco identificado:
 - Ensinar sobre papel parental em relação ao recém-nascido/lactente/criança
 - Promover a paternidade
 - Promover papel maternal
 - Promover a esperança
 - Incentivar envolvimento dos pais/família
 - Incentivar comportamentos de procura de saúde
 - Incentivar para utilização de serviços de saúde
 - Incentivar para consulta
 - Ensinar sobre desenvolvimento infantil
 - Ensinar sobre hábitos de saúde
 - Incentivar amamentação
 - Ensinar sobre amamentar

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa).


Data: 18/06/2010

Revisto por:

Data:

Aprovado por:

Data:

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Dar carta terapêutica	Revisão: Próxima revisão:


- Ensinar sobre relação entre amamentação/vinculação mãe/filho
- Ensinar sobre vantagens da amamentação
- Elogiar adesão à vacinação
- Facilitar comunicação expressiva de emoções
- Elogiar tomada de decisão

Bibliografia:

- Bell, Janice M, Moules, Nancy J, Wright, Lorraine M. Therapeutic Letters and the Family Nursing Unit: A Legacy os Advanced Nursing Practice. Journal of Family Nursing. 2009 Fev: 6-30. [Consult. 9 Abr. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://jfn.sagepub.cm/cgi/content/abstrat/15/1/6>>.
- Moules, Nancy. Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice, Nursing Inquiry. 2002; 9 (2):104-113.
- Ordem dos Enfermeiros. Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2009.
- White, Victoria; Murray, Melissa A. Passing Notes: The Use of Therapeutic Letters Writing in Counseling Adolescentes. Journal of Mental Health Counseling. 2002 Abr; 24 (2): 166 -176.

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa). Data: 18/06/2010	Revisto por: Data:	Aprovado por: Data:
--	---	--

ANEXO XV – Norma: Executar Acolhimento

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Executar acolhimento	Revisão: Próxima revisão:

Objectivo: Uniformizar procedimentos relativos à intervenção de enfermagem executar acolhimento à criança/família

População Alvo: Enfermeiros da UCSP. Sto. António

Fundamentação:

Conceitos

Acolher, enquanto ritual da vida social, para Formarier (2000), corresponde à fase inicial do processo de socialização, constituindo o ponto de partida para o estabelecimento de qualquer relação social. No entanto, a mesma autora salienta que acolher não se resume a um mero ritual da vida em sociedade; para os profissionais de saúde ele é, também, um acto de cuidar.

A arte de bem cuidar só é possível tendo presente a máxima qualidade do acolhimento e das relações que nesse momento de aproximação se estabelecem, encarando-o como uma óptima fonte de informação para perceber as reais necessidades manifestadas pelo cliente e sua rede familiar, que se encontram fragilizados (Bernardo, 1996). Com o objectivo de responder da forma mais adequada a essas necessidades, o mesmo autor realça a importância dos profissionais conjugarem, em simultâneo, a competência científica actualizada, com um efectivo e pertinente esforço de acolhimento empático para se alcançar um relacionamento verdadeiramente terapêutico, respeitador das diferenças e da dignidade intrínseca de cada um.

Martins (1992) citando Killilea, salienta que o que pode ser rotina para os profissionais de saúde que acolhem a criança no serviço, representa sempre, para ela e para os pais, uma situação de crise, isto é, um período de desequilíbrio psicológico e físico que temporariamente diminui as suas capacidades habituais de enfrentar os problemas. É neste contexto que a ideia

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa).


Data: 18/06/2010

Revisto por:

Data:

Aprovado por:

Data:

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Executar acolhimento	Revisão: Próxima revisão:

de Chauchard de que (1973: 140) “(...) o acolhimento ideal não é o que uniformiza, mas o que personaliza (...)”, ganha relevância. O mesmo é dizer que só aceitando e valorizando as diferenças, se consegue promover um acolhimento adaptado às especificidades de cada cliente.

Formarier (2000) apoia esta ideia, considerando que quem acolhe não se deverá centrar em protocolos de acolhimento estritos, estereotipados e desumanizados. Em vez disso, o acolhimento nas instituições de saúde deverá constituir um acto profissional baseado em conceitos importantes, como os de adaptação e ajuda, que constituem em si mesmo o cerne da profissão de enfermagem.


Outros autores consideram que a palavra acolhimento ultrapassa a noção de recepção ou de primeiro contacto, realçando que os espaços de acolhimento se deverão repetir com uma periodicidade regular, permitindo aos pais sentirem-se permanentemente informados e envolvidos na equipa multidisciplinar. Todos estes momentos permitem a formação de relações calorosas, personalizadas e de confiança (Brito, 2006).

Considera-se que a apresentação de toda a equipa multidisciplinar, assim como das instalações do serviço, constitui também um aspecto importante do acolhimento, o qual visa minimizar o medo do desconhecido (Machado, 2000; Brazelton, 2004).

O acolhimento, representa então o momento de conhecer um pouco a criança e sua família, seus hábitos e comportamentos. É também neste momento que o profissional de saúde deverá insistir numa recolha de dados objectiva, para obter uma anamnese o mais completa possível (Jorge, 2004; Brito, 2006).

Compete ao enfermeiro, segundo Bernardo (1995), nesta fase, ceder a informação adequada e apoio ajustados, demonstrar competência, dedicação e segurança.

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa). Data: 18/06/2010	Revisto por: Data:	Aprovado por: Data:
--	---	--

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Executar acolhimento	Revisão: Próxima revisão:

Objectivos

- Acolher a criança e família na UCSP Sto. António
- Apresentar espaço físico da UCSP Sto. António
- Apresentar a equipe de enfermagem da UCSP Sto. António
- Dar conhecimento à criança e família da dinâmica da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Programa de Vacinação
- Iniciar a avaliação inicial da criança e família

Procedimento:

- Realizar acolhimento à criança e família aquando do primeiro contacto com Enfermeira responsável por Programa de Saúde Infantil ou Vacinação
- Levantar o foco de atenção de enfermagem Papel Parental, adicionando o status Conhecimento sobre comportamento de promoção da saúde ao longo do desenvolvimento infantil não demonstrado

Sugestão: Adicionar o status conhecimento dos pais/criança sobre dinâmica do serviço não demonstrado e levantar intervenção de enfermagem Executar acolhimento, colocando em especificações a quem o acolhimento é dirigido

Intervenções de enfermagem

- Apresentar espaço físico da instituição (sala de espera de consulta de saúde infantil e vacinação, sala de vacinação e de consulta de enfermagem de saúde infantil, fraldário e wc de utentes)
- Apresentar equipa de enfermagem de serviço, designando-se o enfermeiro responsável pelo programa de saúde infantil
- Informar sobre dinâmica do serviço
 - Documentos necessários para inscrição de utente

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa).


Data: 18/06/2010

Revisto por:

Data:

Aprovado por:

Data:

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Executar acolhimento	Revisão: Próxima revisão:

- Horário de atendimento de enfermagem no programa de saúde infantil e da vacinação infantil
- Esquema de consultas de vigilância (de enfermagem e médicas) a serem realizadas durante desenvolvimento da criança/adolescente
- Política de marcação de consultas de enfermagem e médicas
- Contacto telefónico directo para gabinete de enfermagem de saúde infantil
- Entregar aos pais/família o folheto de acolhimento, para uma leitura de informação mais detalhada
- Levantar as intervenções já contempladas no padrão: Ensinar sobre serviços de saúde; Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde durante desenvolvimento infantil; Incentivar para a consulta; Incentivar para utilização de serviços de saúde
- Avaliar se todas as informações transmitidas foram compreendidas pelos clientes e passar o status do conhecimento sobre comportamento de promoção da saúde ao longo do desenvolvimento infantil a demonstrado; encerrar actividades associadas

Sugestão: Se necessário continuar a dar algumas informações, realizar novo acolhimento a elemento não presente ou mesmo validar algo transmitido: manter o foco aberto como conhecimento não demonstrado; programar a intervenção executar acolhimento para todos os contactos ou próximo contacto; registar em especificações a quem se planeia novo acolhimento, o que transmitir, reforçar ou validar, para assegurar a continuidade dos cuidados

- Iniciar entrevista e intervenções necessárias à realização de avaliação inicial. Reforçar aos pais que a partilha de informações relativas à criança e o estabelecimento de uma relação de parceria com enfermeiros da UCSP Sto. António, é fundamental para uma adequada vigilância do desenvolvimento e crescimento da mesma

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa).


Data: 18/06/2010

Revisto por:

Data:

Aprovado por:

Data:

	Norma de Procedimento N.º	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sto. António
	Título: Executar acolhimento	Revisão: Próxima revisão:

Bibliografia:

- Bernardo, F. Aspectos da pedagogia do acolhimento eficaz, uma relação empática, congruente e terapêutica. Informar. 1995; 2:16-19.
- Bernardo, F. Humanizar-se para cuidar: a auto-actualização e aquisição de competências para o adequado desempenho de tarefas. Servir. 1996; 44 (2): 59-62.
- Brazelton, T B. O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos, 7ª ed. Lisboa: Presença; 2004.
- Brito, I. O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena. In IAC, organizadores. Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa: Edições IAC; 2006. p. 33-34.
- Chauchard, P. O acolhimento: psicofisiologia e educação da receptividade. Lisboa: Edições Paulistas; 1973.
- Curado, A. Acolher...É Receber...É Dar...É Partilhar... In IAC, organizadores. Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa: Edições IAC; 2006. p. 22-24.
- Formarier, M. Le concept d'accueil ou comment former les futures professionnels à l'accueil. In APACHE. Guide de l'hospitalisation de enfants. France : APACHE; 2000. p. 74-78.
- Jorge, A M. Família e Hospitalização da Criança. Loures: Lusociência; 2004.
- Machado, M. Humanização do Internamento Hospitalar. In IAC, organizadores. Reflectir as Práticas para Melhorar o Desempenho. Lisboa: Edições IAC; 2000. p. 33-38.
- Maisons-Honoré, L. Uma Atmosfera Humana nas Relações de Trabalho. In W. Hesbeen. Cuidar neste Mundo. Loures: Lusociência; 2004. p. 51-70.
- Martins, A G. Alguns Aspectos Psicológicos da Humanização. In A. Moleiro et al. Humanizar o atendimento à criança. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa; 1992. p. 25-42.

Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa). Data: 18/06/2010	Revisto por: Data:	Aprovado por: Data:
--	---	--

ANEXO XVI – Folheto: Guia de Acolhimento

Importante...

- Trazer para a unidade os exames médicos anteriores do seu filho, Boletim Individual de Saúde e de vacinas;
- A criança/adolescente só poderá sair do quarto quando a equipa de saúde lhe der indicação para tal. Não é permitida a circulação dentro dos quartos de outras crianças internadas;
- Ter consigo o objecto de segurança do seu filho, normalmente o objecto preferido;
- Vestir a roupa pessoal da criança/adolescente (deverá ser confortável, e de fácil manuseamento). A sua manutenção é da responsabilidade dos pais;
- No quarto estão disponíveis armários, onde poderão guardar os vossos pertences;
- As grades das camas devem manter-se sempre elevadas;
- Não partilhar brinquedos ou alimentos entre as crianças/adolescentes;
- Realizar lavagem regular das mãos e outras orientações de protecção individual dadas pela equipa de saúde;
- Para solicitar fraldas, comida, roupa, entre outros, os pais devem dirigir-se às assistentes operacionais;
- Poderão utilizar o vosso telemóvel, mas este deve estar em modo silencioso e afastado dos equipamentos;
- Em caso de urgência deve utilizar a campainha de alarme disponível no quarto (botão laranja).

Localização e acessos

Transportes Públicos

- Autocarro 31A (Sete Rios - Entrecampos)
- Autocarro 31 (Moscavide - Praça de Espanha)
- Autocarro 32 (Caselas - Hospital de Santa Maria)
- Autocarro 35 (Cais do Sodré - Hospital de Santa Maria)
- Autocarro 38 (Calvário - Qta. Barros)
- Autocarro 55 (Av. Paulo VI - Sete Rios)
- Autocarro 63 (Alto da Damaia - Sete Rios)
- Autocarro 701 (Charneca - Campo de Ourique (ligação entre Hospital Santa Maria e Hospital Pulido Valente)
- Metro: Estação de Cidade Universitária (linha Amarela)



Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E., Hospital de Santa Maria

Avenida Professor Egas Moniz 1649 - 035 Lisboa
Tel.: 217 805 000 Fax.: 217 805 610
<http://www.chln.min-saude.pt>

Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia
Pediátrica
Tel.: 217 805 229

Elaborado por Enf.ª Marta Gomes, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de

Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia Pediátrica

Guia de Acolhimento

Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia Pediátrica
Piso 9 - Elevador 4

Tel.: 217 805 229

Mensagem de boas vindas...

Este folheto tem como finalidade apresentar-vos a Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

Pretendemos, então, fornecer-vos algumas informações sobre as características especiais desta unidade, que facilitem a vossa permanência durante o internamento.

Reconhecemos que o internamento não é uma experiência fácil para a criança/adolescente e família. Desejamos, então, que encontrem nesta equipa de saúde fontes de apoio e ajuda, tomando-se nossos parceiros no processo de assistência ao seu filho.

Juntos, trabalharemos com o objectivo de alcançar os melhores resultados de saúde possíveis.

O seu filho ficará internado na sala:

A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>
Q1	<input type="checkbox"/>
Q2	<input type="checkbox"/>
Q3	<input type="checkbox"/>
Q4	<input type="checkbox"/>
Q5	<input type="checkbox"/>
Q6	<input type="checkbox"/>

Acompanhamento

Durante o internamento poderá acompanhar o seu filho, respeitando as seguintes orientações:

- Os pais ou uma pessoa que os substitua (sempre a mesma pessoa de referência) poderá permanecer das 8:00 às 24:00;
- No período entre as 24:00 e as 8:00, apenas um dos pais/substituto poderá acompanhar a criança;
- Devem permanecer junto da criança e comunicar à equipa de enfermagem se for necessário ausentarem-se;
- Podem participar nos cuidados ao seu filho, nomeadamente, nos cuidados de higiene e conforto, alimentação, acompanhamento a exames, tratamentos e consultas;
- Devem ser mantidas as rotinas familiares, horário de banho e medicação;
- Os acompanhantes poderão repousar no cadeirão ao lado da cama do filho, não sendo permitido o uso da cama ou chão. Os cadeirões deverão ser arrumados cerca das 8:00;
- Os acompanhantes poderão usar roupas confortáveis, não sendo, contudo permitido o uso de pijama ou camisa de dormir;
- A casa-de-banho que se encontra no quarto destina-se à criança e acompanhantes. Os pais devem realizar a sua higiene pessoal entre as 6:00 e 8:00 ou entre as 22:00 e 24:00;
- Não são permitidas visitas dentro do serviço. Se a criança tiver autorização para se deslocar à sala de espera da unidade e/ou sala de pais, poderá receber visitas nesses locais.

Alimentação da Criança/ Adolescente

Lembrem-se que a alimentação faz parte do plano terapêutico do vosso filho, por isso:

- A criança deverá ingerir as refeições fornecidas pela unidade e/ou alimentos vindos do exterior que sejam pré-acordados com a equipa de saúde;
- Não devem ser levados alimentos para o quarto, entregue-os na copa do serviço a uma assistente operacional (farda azul);
- Para a realização de análises, exames ou cirurgias, o seu filho poderá ter que ficar em jejum. Os pais serão informados pela equipa de enfermagem;
- Se necessitar de um bomba de extracção de leite, pode solicitá-la à assistente operacional.

Alimentação do Acompanhante

- Os acompanhantes não podem tomar refeições no quarto;
- Os acompanhantes têm direito a senhas de refeição gratuitas para o refeitório do hospital (piso 2, elevador 7). O almoço está disponível às 14:00 e jantar pelas 20:00.



**ANEXO XVII – Folheto: Guia de Acolhimento aos Jovens e
Adolescentes**

Importante...

- Só poderás sair do teu quarto quando a equipa de saúde te der indicação para tal;
- Existe na unidade uma sala de actividades que poderás frequentar. Para tal pede autorização à equipa de enfermagem;
- Ter contigo alguns dos teus objectos pessoais, os mais importantes (brinquedos, filmes, livros, jogos, entre outros);
- Utilizar os teus produtos de higiene;
- Vestir a tua roupa, que deve ser confortável, e fácil de vestir e despir. Se precisares também há roupa disponível na unidade;
- No quarto estão disponíveis armários, onde podes guardar os teus pertences;
- Não deves entrar nos outros quartos do serviço. Assim evitamos que passem doenças uns aos outros;
- Podes utilizar o telemóvel, mas este deve estar em modo silencioso e afastado dos equipamentos;
- O funcionamento da televisão deverá ser combinado com os enfermeiros;
- Em caso de urgência deves utilizar a campainha de alarme disponível no quarto (botão laranja), sempre que não estiveres acompanhada.

Localização e acessos

Transportes Públicos

- Autocarro 31A (Sete Rios - Entrecampos)
- Autocarro 31 (Moscavide - Praça de Espanha)
- Autocarro 32 (Caselas - Hospital de Santa Maria)
- Autocarro 35 (Cais do Sodré - Hospital de Santa Maria)
- Autocarro 38 (Calvário - Qta. Barros)
- Autocarro 55 (Av. Paulo VI - Sete Rios)
- Autocarro 63 (Alto da Damaia - Sete Rios)
- Autocarro 701 (Charneca - Campo de Ourique (ligação entre Hospital Santa Maria e Hospital Pulido Valente)
- Metro: Estação de Cidade Universitária (linha Amarela)



Centro Hospitalar de Lisboa Norte/ E.P.E., Hospital de Santa Maria

Avenida Professor Egas Moniz 1649 - 035 Lisboa
Tel.: 217 805 000 Fax.: 217 805 610
<http://www.chin.min-saude.pt>

Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia
Pediátrica
Tel.: 217 805 229

Elaborado por Enfª Marta Gomes: Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de

Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia Pediátrica

Guia de Acolhimento

Aos Jovens e Adolescentes



Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia Pediátrica

Piso 9 - Elevador 4

Tel.: 217 805 229

Mensagem de boas vindas...

Este folheto tem como finalidade apresentar-te a Unidade de Infeciologia e Gastroenterologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

Assim, pretendemos transmitir-te algumas informações sobre as características especiais desta unidade, que vão facilitar a tua permanência durante o internamento.

Reconhecemos que o internamento não é uma experiência fácil para ti ou para as pessoas que te acompanham. Desejamos, então, que encontres nesta equipa de saúde fontes de apoio e ajuda, e que te torne nosso parceiro nesta aventura.

Juntos, nós, tu e os teus acompanhantes, trabalharemos com o objectivo de alcançar os melhores resultados de saúde possíveis.

Desejamos-te rápidas melhoras e que este internamento decorra da melhor forma. Sé bem vindo!

Ficarás internado na sala:

A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>
Q1	<input type="checkbox"/>
Q2	<input type="checkbox"/>
Q3	<input type="checkbox"/>
Q4	<input type="checkbox"/>
Q5	<input type="checkbox"/>
Q6	<input type="checkbox"/>

Apresentação dos profissionais

Nesta unidade colaboram diversos profissionais. Poderás sempre distingui-los pelas suas fardas.

- No horário das 09:00 às 16:00 dos dias úteis encontra-se no serviço uma educadora que te poderá proporcionar actividades lúdicas. Fora desse horário poderás solicitar aos enfermeiros DVD's, jogos, folhas, canetas, lápis ou mesmo a utilização do computador e playstation;
- Informa-te junto da educadora sobre as actividades que decorrem durante a semana para as crianças internadas;
- Frequentemente verás no serviço uma professora e voluntários para te ajudar;
- Durante a noite ficarão sempre a cuidar de ti os enfermeiros, médicos e assistentes operacionais.

Acompanhamento

Nesta unidade poderás:

- Das 8:00 às 24:00 ficar acompanhado pelos teus pais ou alguém que os substitua. Durante a noite ficar acompanhado por uma pessoa;
- Receber todas as informações sobre a tua situação clínica;
- Podes utilizar o teu telemóvel, mas este deve estar em modo silencioso ou vibratório;
- Receber visitas na sala de espera da unidade ou sala de pais;
- Só poderás receber visitas quando estiveres acompanhado pelos teus pais ou seu substituto.

Alimentação

- As tuas refeições são fornecidas exclusivamente pelo hospital;
- Só é permitida a entrada de alimentos do exterior se tal for acordado com a equipa de enfermagem. Caso seja possível deves entregá-los a uma assistente operacional (farda azul) para que seja guardada na copa do serviço;
- Entre estas refeições, se o desejares, temos uma copa na unidade onde dispomos de alguns alimentos que te podemos oferecer (pão, bolachas, papas, iogurte, leite, chá...);
- Para a realização de análises, exames ou cirurgias, poderá ser necessário que fiques em jejum. Se tal for necessário serás informado pela equipa de enfermagem.

Contamos com a tua colaboração durante todo este processo, de forma a reduzir a ansiedade e desconforto causados pelo ambiente hospitalar e internamento e trabalhar no sentido da melhoria da tua saúde.

A tua ajuda será fundamental para te podermos ajudar e cuidar da melhor forma.

Verás que esta experiência será uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de algumas das tuas capacidades.

ANEXO XVIII – Diploma de Coragem

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. – Hospital de Santa Maria

Diploma de Coragem

Unidade de Infecciologia e Gastroenterologia Pediátrica

Compreendemos que vir ao Hospital ou ficar internado não é fácil, mas, é fundamental para a tua saúde e desenvolvimento adequados.

Só com a tua ajuda e colaboração é que conseguimos alcançar bons resultados.

A coragem para participares em todas as actividades, que contribuem para a tua melhoria e bem-estar, merece o reconhecimento da Equipa de Enfermagem.

Vencer os medos nem sempre é fácil, mas tu conseguiste.

És um(a) campeão(ã) _____

Parabéns!

(Assinatura do Enfermeiro)

(Data)

Elaborado por Enf.ª Marta Gomes. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde de Lisboa. Novembro, 2010.

ANEXO XIX – Nota introdutória ao diário de partilha entre pais

Hospital da Luz

Espírito Santo Saúde

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Nosso Diário

Partilha entre pais de recém-nascidos
internados em Unidade de Cuidados Especiais
Neonatais

*“A perícia de um cirurgião, a argumentação
de um advogado, a diplomacia de um
embaixador, a perspicácia de um acadêmico,
o coração de um padre... é aquilo que é
preciso para ser um bom pai. Alguém quer
tentar?”*

(Parsons, 1997 *apud* Balancho, 2006)

Aos pais:

Bem-vindo à Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital da Luz!

A presente unidade destina-se a recém-nascidos que necessitem de cuidados específicos devido a parto prematuro ou a doença. O seu objectivo é prestar os melhores cuidados de saúde, mantendo, tanto quando possível, o recém-nascido próximo da sua família.

Poderão aqui ficar internados bebés com menos de 28 dias de vida nascidos no Hospital da Luz, assim como os bebés que recorram ao Atendimento Médico Permanente e necessitem deste internamento específico. O nosso funcionamento decorre nas 24 horas, dos 365 dias do ano.

Reconhecemos que o internamento do recém-nascido não é uma experiência fácil para seus pais e família. Esperamos que encontrem nesta equipa de saúde fontes de apoio e ajuda, tornando-se nossos parceiros nos cuidados ao seu bebé. Juntos, trabalharemos com o objectivo de alcançar os melhores resultados proporcionando um desenvolvimento harmonioso da criança e da família.

Desejamos rápidas melhoras e que esta experiência decorra da melhor
forma possível

Nosso Diário:

*Uma palavra de esperança, um sentimento,
uma partilha ...*

Nosso Diário:

O presente projecto da nossa unidade, intitula-se *Nosso Diário: Partilha entre pais de recém-nascidos internados em Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos*. Este tem como objectivo principal a partilha de experiências entre os pais que aqui tiveram os seus filhos internados.

Pretendemos assim, convidá-lo a si, mãe e pai, a deixar neste diário um testemunho escrito da sua vivência durante este internamento ou apenas um registo pontual de algum sentimento ou reflexão que lhe seja significativo. Podem juntar fotografias, desenhos, tudo o que expresse a vossa vivência nesta casa que também é a vossa.

Tal prática permitirá, não só a sua reflexão, mediante a escrita de medos, inquietações, sonhos ou expectativas..., como o seu acesso a outros pais/familiares e equipa de saúde. Como benefício para outros pais destaca-se a necessidade de os melhor acolher nesta unidade e maior tranquilização ao contactarem com testemunhos de histórias semelhantes às suas. Para nós profissionais possibilitará uma melhor adequação das práticas assistenciais a cada família, suas necessidades e expectativas no sentido da melhoria contínua dos nossos cuidados.

Seguem-se páginas em branco, inquietas por serem enriquecidas e embelezadas com um pouco da vossa história, bem como alguns testemunhos, de acesso público, relativos a experiências passadas em internamentos de neonatologia e à vivência de pais de bebés prematuros, na primeira pessoa.

ANEXO XX – Testemunhos recolhidos

Francisco e Mafalda

Carla, é mãe de 2 bebés prematuros de alto risco. O primeiro, o Francisco, nasceu no dia 21 de Novembro de 2001 com 28 semanas, 82gr e 32cm; o segundo bebé, uma menina, a Mafalda, nasce também curiosamente durante o mês de Novembro, no dia 30 de 2005, com 800gr, 30cm e 29 semanas.

No testemunho que acedeu partilhar, Carla, faz questão de sublinhar que **os sentimentos vívidos nas duas gravidezes foram em tudo semelhantes**, e mesmo já tendo vivido a experiência de um 1º bebé prematuro, podendo adivinhar-se à partida uma vivência mais calma, reforçada pelo caso de sucesso do filho mais velho, a verdade é que confrontados com o nascimento de um segundo filho prematuro, o **medo** e a **angústia** apoderam-se novamente dela e do seu marido.

Apesar de semelhantes, estes dois nascimentos evoluíram em contextos completamente diferentes, dando origem a duas histórias de vida também elas diferentes.

Com o Francisco, tudo aconteceu "**depressa de mais**", os acontecimentos sobrepunham-se uns aos outros, não permitindo sequer que a Carla percebesse o que lhe estava a acontecer. Sabia que era grave, pois a sua médica obstreta manifestara muita preocupação, encaminhando-a de forma inesperada para a Maternidade Alfredo da Costa para uma vigilância mais apertada.

Na verdade, os primeiros três meses da gravidez, foram vívidos com muita tranquilidade, as ecografias mostravam um bebé grande e a desenvolver-se de acordo com as expectativas dos pais e dos médicos; Aos 4 meses, a ecografia regista os primeiros sinais de que o bebé estava pequenino mas com muito espaço para se desenvolver, e por precaução, foi antecipada a realização de nova ecografia para um período de 3 semanas. Findas as 3 semanas, a ecografia revela a existência de um bebé demasiado pequenino, com um atraso de crescimento intra-uterino muito acentuado (ACIU). A sua médica impõe-lhe um período de baixa imediato, com repouso absoluto. É marcada uma nova ecografia para ser realizada dentro de um período de 2 semanas.

Nesta fase o casal está muito **assustado** e segue religiosamente todas as instruções médicas. (...)

Confrontada repentinamente com esta situação, Carla **não consegue perceber porque tudo isto lhe está a acontecer**. (...) Pela 1ª vez, Carla percebe que a hipótese de perder este filho é uma realidade, e que o recurso ao aborto pode vir a ser uma opção que depende dela.

O fim-de-semana que antecede a amniocente pareceu-lhe o mais longo de toda a sua vida. Mesmo assustada, queria realizar rapidamente este exame, na esperança de que fosse assegurado que o seu bebé era perfeito, que não tinha sofrimento, e que ainda havia uma hipótese deste nascer. Tinha **medo de ter que tomar qualquer tipo de decisão**, tudo estava a acontecer depressa demais, sentia que o tempo estava contra ela, não lhe dando opção de escolha.

Antes de saber os resultados da amniocentese, teve de ser internada de urgência. (...).

O internamento antes do parto durou apenas 2 dias. Foi internada na esperança de cumprir a terapêutica que acelera a maturação dos pulmões do bebé. Mas nem isto foi concretizado, e Carla apenas teve tempo de tomar a 1ª dose. A última ecografia revelava que o bebé estava já em processo de sofrimento, e não era possível adiar mais o nascimento.

Nesta fase, Carla sentiu-se **muito sozinha, com falta de informação**, nem os enfermeiros nem os médicos nas suas visitas lhe explicavam a situação.

No dia 21 de Novembro, com 28 semanas, o pequeno Francisco nasce. Carla apenas teve tempo de o ver de relance, a passar para as mãos do pediatra, e de perguntar se estava bem. Disseram-lhe que sim e conduziram-na para o recobro.

No recobro foi uma eternidade, pois recuperara rapidamente da anestesia, e estava plenamente consciente. Foi um longo tempo de espera, sem noção de horas, sem notícias do bebé. O Francisco nascera às 19h.40m, e só às 24h, Carla teve acesso às primeiras notícias do filho. O marido, excepcionalmente, viera ter com ela e trazia uma pequena foto polaróide, onde era possível ver um bebé muito pequenino, com muitos tubos á volta. Carla não consegue perceber qual a real dimensão do seu filho, e o porquê de tantos fios e tubos? Ele está bem? Ou não vai sobreviver? Ansiosa pergunta ao seu marido, Manuel, que apenas lhe consegue dizer que para já está estável, está ventilado, que têm de ter paciência, e que os médicos apenas podem dizer “vamos ver” - **esta frase atormentou Carla, durante os 2 meses e meio de internamento do seu bebé**. Sempre na esperança de ouvir dos médicos “está melhor” apenas ouvia “vamos ver” Com um bebé prematuro, **a questão é esperar**, seguir o desenvolvimento da criança e ter consciência das muitas etapas que vai ter que superar.

Como fez cesariana, Carla permaneceu internada cerca de uma semana, numa enfermaria da maternidade. Um **período particularmente cruel**, na medida em que muito fragilizada é “obrigada” a partilhar um espaço com outras mães, que tem os seus bebés ao lado, assistindo diariamente a uma rotina, que também ela sonhou para si, mas em vez disso tem a seu lado um berço vazio, que lhe lembra a

dor de ter o seu filho numa sala de cuidados intensivos, inacessível ao seu toque, a um simples beijo. Carla define-se como uma **espécie de mãe sem direito ao filho**.

O primeiro contacto com o Francisco foi antecipado por uma enorme expectativa, que se dividia entre um medo terrível do que iria encontrar e um enorme desejo de se “apropriar” do filho. Apesar do marido já a ter preparado para o facto de ele ser muito pequenino, na verdade ela não imaginava que fosse tão pequenino. Francisco, estava cheio de tubos, a sua cabeça era do tamanho de uma bola de ténis. Carla não podia tocar-lhe, abraçá-lo, pegá-lo no colo...ou tudo o mais que imaginou fazer no dia em que fosse mãe pela primeira vez. Sentiu-se **vazia de sentimentos**. Queria muito sentir amor pelo filho mas a barreira do vidro da incubadora e a barreira psicológica do bebé ser tão pequenino, frágil e desprotegido faziam com que sentisse que aquele filho não lhe pertencia.

Ultrapassado o **choque**, Carla ultrapassa também esta barreira. A luta pela sobrevivência daquele ser tão pequenino, mas com tanta vida dentro dele, desperta nesta mãe um **amor incondicional** e uma determinação de assumir este desafio em conjunto. Carla torna-se dependente deste amor, passa os dias e as noites junto do seu bebé, a sua vida passa a ser orientada por aquele ser tão frágil e tão pequenino.

A permanência do Francisco nos Cuidados Intensivos não foi muito atribulada. (...). Mas para Carla, tudo isto foi um **processo lento e cheio de medos e sobressaltos** marcado por tentativas de descodificar a importância do som de alarmes e dos valores das máquinas, por comparações de histórias de outros bebés.

Nesta fase, Carla sentiu necessidade de se afastar dos amigos e de muitos familiares, o seu mundo era o Manuel, os meus pais e a MAC (todas as mães que a entendiam...).

Com 980gr, o Francisco passa para os cuidados intermédios, e Carla passa a participar mais na rotina diária do Francisco, a **sentir-se mais mãe**, e isso devolve-lhe o estatuto de mãe que outrora tivera enquanto o transportava na barriga. Uma fase que Carla descreve como sendo de “apropriação”. Começa-se a acreditar que a partir daqui já tudo evolui normalmente, sem grandes percalços, sem tantos medos, sem sustos enormes.

É também a fase que antecede o **medo de ter que levar o bebé para casa**. Para fora daquele ambiente em que tudo é protegido, acautelado, vigiado, sonorizado por alarmes, climatizado e continuamente monitorizado por pais, equipas médicas, enfermeiras e auxiliares. (...).

Nem a Carla, nem o marido são filhos únicos, a vontade de ter mais filhos era um desejo partilhado por ambos, mas o medo de ter que passar por tudo novamente,

foi adiando a vinda de um irmão para o Francisco. Após 3 anos, e depois de vários testemunhos de médicos, e da segurança de na análise a placenta não existir evidências de que a prematuridade do Francisco não seria um caso isolado, não se devendo repetir a situação, estes pais embora receosos acedem dar um irmãozinho ao Francisco.

Carla engravida novamente, mas ao contrário do que sucedeu com o Francisco, os primeiros tempos de gravidez revelam-se logo atribulados. (...).

Às 16 semanas, devido aos seus 36 anos, Carla vai fazer a amniocentese, mas a médica recusa-se a efectuar pois detecta que o bebé é muito pequenino, e com pouco líquido amniótico dificilmente sobreviverá se a mãe não entrar já de baixa com repouso absoluto, sem qualquer esforço. Foi ainda informada que se tratava de uma menina. Carla nem queria acreditar, **sem qualquer tipo de pré-aviso, a história repetia-se.** O bebé não estava a crescer. Ter que passar por tudo novamente. Não ia aguentar.

O médico encaminha de urgência o seu processo para a Maternidade, e Carla passa a ser seguida nas consultas de alto risco, desta instituição, com uma vigilância muito apertada. Na primeira consulta é dito claramente á Carla, para esta não ter muitas expectativas, pois dificilmente a bebé iria sobreviver, tratava-se de um bebé com um atraso de crescimento muito acentuado, com um percentil muito baixo, não devendo por isso ter muitas esperanças. Foi-lhe aconselhado, embora carinhosamente, que vivesse um dia de cada vez, não escolhesse nome, nem pensasse em roupinhas, quarto...que fingisse que não estava grávida.

Carla, sentiu um **desespero** enorme dentro de si, como podia ela fingir que não tinha um bebé? (...).

Dado ao facto de Carla ter ainda um bebé de 3 anos, que começava a dar os primeiros sinais de inquietação por pensar que a mamã estava muito doente, foi permitido a Carla que efectuasse o repouso em casa com a promessa de não fazer nenhum esforço e vir regularmente á maternidade.

Carla inicia assim um **doloroso processo psicológico e físico.** De modo a proteger o próprio Francisco, os pais optaram por deixara de falar na irmãzinha. Durante 10 longas semanas, Carla dividiu-se diariamente em fazer um destacamento emocional do bebé que trazia dentro de si, ao mesmo tempo que cumpria religiosamente os tratamentos, na esperança de conseguir fazer vingar esta gravidez. O percentil da bebé era muito baixo e a médica cautelosa, nunca alimentou qualquer hipótese desta sobreviver. (...).

Enquanto que com o Francisco, os acontecimentos ocorreram de forma precipitada, com a Mafalda, Carla viveu uma longa espera, sem poder alimentar

esperanças. Quando estava sozinha, cantava muito para sua bebé, fazia festinhas na barriga e falava com ela, e no seu íntimo acreditava que isto lhe daria força para sobreviver. Procurava viver a sua gravidez em silêncio, não partilhando com ninguém as suas esperanças.

Chegadas as 26 semanas de gestação, finalmente a médica sossegou o coração desta mãe, pois mesmo que a bebé tivesse que nascer, já teria condições para sobreviver. Carla regressou a casa desejosa de poder partilhar com o pequeno Francisco que ia ter uma irmãzinha. (...).

Às 27 semanas, Carla é internada na Maternidade para garantir uma vigilância apertada. Foi possível fazer a terapêutica para maturação dos pulmões, e a filha acaba por nascer às 29 semanas, também em Novembro (dia 30) e com 800 gramas. A história repetia-se. Até o dia da alta do hospital foi o mesmo para os dois filhos. Ambos têm alta a 30 de Janeiro. Ele de 2002, ela em 2006. Havia que passar por tudo...outra vez. Com uma única vantagem: Os medos e as angústias foram exactamente os mesmos, mas a evolução de Mafalda foi mais tranquila. Sem sobressaltos. Era necessário apenas que engordasse e crescesse.

Hoje dá graças a Deus por ter dois filhos, lindos e saudáveis, um com sete e outro com três anos. Mafalda é mais independente que o irmão, talvez porque o primeiro foi muito protegido e durante mais tempo. Nenhum dos filhos teve sequelas do nascimento prematuro e cheio de fragilidades. Mas Carla tem na memória que apesar de ter corrido tudo bem, nem sempre é fácil enfrentar - por duas vezes - uma situação destas. Há problemas no trabalho, dificuldades em gerir o afecto e aceitar a situação, repercussões a nível físico e psicológico, falta de informação e tantas outras coisas que ninguém sabe sobre ter um filho antes do tempo.

Carla passou por isso duas vezes. Foram duplas as angústias e os medos. As alegrias também contaram a dobrar. Mas Carla percebeu que gostaria de ter sido mais apoiada e melhor informada. (...).

Garra e amor à vida

Longe vão os dias passados no hospital, em que a **esperança** e a **fé** andavam de mão dada com o **medo** e a **incerteza no futuro** da Beatriz, longe vão as horas e horas de lágrimas, as noites sem dormir, longe ficou a **tristeza**...

Ser mãe da Beatriz é um enorme orgulho. Nasceu a 9 de Outubro de 2001 com 26 semanas de gestação e 615g de peso.

Hoje a Bia tem 8 anos de idade e é uma criança saudável.

Frequenta o 3º ano do 1º ciclo, onde tem um desenvolvimento adequado à sua idade. É muito alegre e tem uma energia surpreendente. Há dias em que olho para ela e vejo a **garra e o amor à vida** que mostrou desde os primeiros dias. (...).

Da nossa parte enquanto pais, irmãos e avós, só posso dizer que a proximidade e o contacto físico com a criança pode contribuir muito para a sua melhoria de saúde, e por essa razão, passei os dias inteiros e algumas noites junto à Bia, na MAC, durante os 3 meses exactos do seu internamento.

Com poucos dias de vida só abria os olhos quando ouvia as vozes da mãe, do pai ou da irmã, e para o fazer, notava-se que fazia um enorme esforço. Demorava alguns minutos até conseguir abri-los e isso tornou-se para nós um momento inesquecível. **São estes pequenos grandes momentos que ficam para sempre na nossa lembrança.** Uma coisa que parece tão simples como um abrir e fechar de olhos, que no dia-a-dia não damos importância alguma, e que, nestas circunstâncias pode ter para nós um significado tão intenso.

Não é fácil sabermos que vamos para o bloco operatório dar à luz uma criança que se prevê nascer com pouco mais de meio quilo.

É chocante quando nos trazem uma fotografia e o que vemos é um corpo minúsculo, coberto de fios e agulhas.

É ainda mais chocante quando os vemos pela primeira vez e as pernas são da grossura dos dedos de uma mão, as mãos são do tamanho da nossa unha do dedo polegar, o tamanho da cabeça não é proporcional ao resto do corpo e todo ele cabe na nossa mão.

As primeiras semanas de vida da Beatriz foram certamente as piores da minha vida, **sentia-me culpada por tudo o que ela estava a passar** (...). Hoje tenho consciência de que, mesmo tendo optado por ficar em casa até ao fim da gravidez, o desfecho poderia ter sido o mesmo (...).

Durante os primeiros meses após a alta tive um cuidado extremo com a sua saúde. Contratei uma empregada que ficou com ela até aos 3 anos, para que não fosse necessário ir para o infantário e estivesse mais protegida, o que ajudou na sua recuperação, evitando as gripes constantes e outras doenças infantis que nestas

crianças podem ter um impacto mais negativo e uma recuperação bastante mais lenta.

Gostaria de deixar uma mensagem aos pais de todos os bebés que nasçam prematuros:

Vivam um dia de cada vez, aceitando que estes bebés têm o seu ritmo, e que por vezes andam 1 dia para a frente e dois para trás, mas acima de tudo acreditem na sua recuperação, acreditem neles e nos excelentes médicos que temos, é surpreendente a força que estas crianças têm e o seu apego à vida.

Um bem-haja a todas aquelas que contribuem hoje para que a nossa vida seja mais preenchida, seja muito mais feliz.

Paula (Novembro, 2009)

Asterix e a Poção Mágica

O nosso primeiro filho é um prematuro extremo. Nasceu com 26 semanas de idade gestacional e 780g de peso. Esta experiência tornou-se rapidamente no momento mais difícil que tivemos de enfrentar ao longo dos nossos 30 e tal anos de vida!

Ao regressar a casa depois de ter estado internada, de ter dado à luz o nosso bebé e de o ter deixado internado, por vários meses, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da maternidade, senti um turbilhão de pensamentos confusos. Ao mesmo tempo, senti uma força enorme e uma paixão profunda por aquele bebé, tinha de o ajudar com todas as minhas forças a sobreviver e a recuperar o melhor e o mais rapidamente possível do estado tão frágil em que se encontrava!

Senti que era reconfortante chegar a casa no final de um dia intenso, em que o nosso bebé tinha passado por uma “montanha russa” de situações e, antes de ir para a cama, escrever num diário o que se tinha passado com o nosso pequenino bebé e aquilo que eu própria tinha sentido. Esse hábito funcionava como um tónico, era uma forma de restituir forças e de ganhar alento para o próximo dia. E, se me sentia melhor a escrever o diário, tal significava que no dia seguinte teria mais forças para cumprir a missão a que me tinha dedicado de “corpo e alma”: ajudar o nosso bebé a sobreviver e a recuperar o melhor e o mais rapidamente possível do estado tão frágil em que se encontrava! (...).

(...) Comecei a escrever o diário 4 dias após o nascimento do nosso bebé. Tomei a liberdade de completá-lo e de incluir também o que senti dias e meses antes do

nosso bebê ter nascido. Apesar dos bebês prematuros nascerem com idades gestacionais diferentes, de todas as experiências serem distintas e com estados clínicos que não são comparáveis, espero que o diário transmita conforto e funcione também como um tônico para quem precisa de forças para enfrentar o dia seguinte...

Dias, Estado Clínico, Sentimentos e Emoções

Algum tempo antes

Sinto um desejo enorme de ter um filho! Será por sentir a idade a avançar, será porque sou filha única, sempre quis ter irmãos e sinto a necessidade de procriar e de ter o meu primeiro filho para a seguir lhe dar mais filho irmãos, será simplesmente o instinto maternal a desabrochar?

Dia -136

A menstruação, que fôra sempre muito regular, está em falta. Decido ir à farmácia e comprar os testes de gravidez.

Dia - 135

Surpresa: sem planificarmos, mas muito desejarmos, o teste indica que estou grávida! **Eu e o meu marido transbordamos felicidade** mas reagimos com muita serenidade, afinal estar grávida é um processo muito natural...

Dia - 134

E agora? Não faço a mínima ideia de que obstetra consultar! (...).

Dia - 133

O obstetra faz uma ecografia e confirma a boa notícia: estou mesmo grávida! (...).

Dia - 7

Efectuo uma série de exames de rotina e faço o que o meu obstetra indicou: vou buscar os resultados das análises ao sangue e envio-lhe por fax. Horas mais tarde, recebo o seu telefonema: "Venha ao meu consultório urgentemente!". Chego ao consultório minutos depois, o obstetra só tem tempo de escrever uma nota para o seu colega de serviço e diz-me para me dirigir rapidamente às Urgências da maternidade. Sem perceber a gravidade da situação, sigo as suas instruções, sou vista pelos médicos de serviço e internada de imediato na Unidade de Cuidados Intensivos da maternidade (UCI). Informam-me da situação: **sofro de um síndrome designado por HELLP que afecta menos de 0,5% das grávidas e tem riscos de vida para a mãe e para o feto!** É-me explicado que, muito provavelmente, o bebê terá de nascer prematuro: será a única forma de salvar a sua e a minha vida!

Dia - 6

Começam a ser-me administrados corticóides para acelerar o amadurecimento dos pulmões do bebé. **Estou incrédula** e, apesar dos exames transmitirem o oposto, sinto-me bem e cheia de forças. Estou disposta a contrariar a teoria e a levar a gravidez até ao fim. Ainda faltam mais de 3 meses, mas sinto que vou conseguir...

Dia - 2

Continuo internada na UCI. Peço ao meu obstetra que me sejam explicadas as consequências para o bebé de um nascimento prematuro. Sou visitada por um neonatologista que me explica todo o tipo de complicações que podem surgir, é uma lista assustadoramente extensa... **Sinto-me perdida e cheia de medo**, receio pela vida do nosso bebé... O que é que lhe vai acontecer? E se não conseguir sobreviver?

Dia - 1

Faço mais uma ecografia de rotina para verificar se está tudo bem. Com o bebé está tudo bem mas... o meu obstetra dá-me indicações de que o meu estado clínico piorou e vão ter que provocar o nascimento por cesariana no dia seguinte! **Pânico...** De repente, enquanto estou a fazer a ecografia, **surge um sinal muito positivo e forte**: sinto pela primeira vez o bebé na minha barriga, parece que me está dizer "Não te preocupes, eu sou forte, vou ter de enfrentar muitas dificuldades mas vai correr tudo bem e estarei o mais rapidamente possível a dormir tranquilamente na nossa casinha!"

Dia 0

É-me administrada uma anestesia geral e o nosso bebé nasce com 26 semanas de idade gestacional, 780g de peso e 30 e poucos cm de altura. Precisa de ser reanimado e é imediatamente ligado a um ventilador. É internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) onde vai ter permanecer durante os próximos meses. Não o posso visitar porque, eu própria, também estou internada na UCI, ligada a uma série de fios e de máquinas. A enfermeira vem entregar-me uma fotografia do nosso bebé: vejo um recém-nascido muito frágil completamente rodeado por fios e por máquinas, encontra-se aninhado numa almofada com pequenos corações desenhados que parecem ser o único elemento que lhe consegue transmitir algum conforto...

Dia 3

Finalmente, estou livre de fios e de máquinas e o enfermeiro leva-me em cadeira de rodas até à UCIN para que, finalmente, possa conhecer o nosso bebé. Informa-me de que é natural que seja um choque, mas é importante manter-me calma e forte. Entro naquela sala e sinto-me rodeada por um ambiente estranho e

assustador, como que saído de um filme de ficção científica. Os bebés são minúsculos, há pessoas com um aspecto muito ocupado, fios e máquinas por todo o lado, alarmes a tocar. Dirijo-me ao “ninho” do nosso bebé e... lá está ele, num berço aquecido, muito quietinho e aninhado na sua almofada! **O que os meus olhos vêem é assustador:** um bebé muito pequeno, que não parece real, com pele a deixar transparecer as veias, orelhas minúsculas e moles, uma cabeça grande e desproporcional ao resto do corpo, rodeado por seringas (conto 5), fios e máquinas. **Sinto-me terrivelmente culpada!** O que é que eu lhe fui fazer? Porque é que ele tem de estar a sofrer tanto? Sento-me na minha cadeira de rodas e sinto o mundo a desabar... Fico a olhar para o nosso bebé, incrédula! Este sentimento dura breves minutos. De repente, sou invadida por outro sentimento ainda mais forte, que supera tudo: **é o nosso bebé, fruto do nosso amor e precisa de nós e das nossas forças para sobreviver e recuperar o melhor e o mais rapidamente possível do estado tão frágil em que se encontra!** Tomo uma decisão: vai ser esta a minha missão para os próximos tempos!

Dia 4

Logo pela manhã, sou transferida para a Enfermaria. Entro numa camarata com 8 camas, vejo 7 mães com os seus bebés e berços e uma cama vazia para mim. Dirijo-me à minha cama, sento-me e rapidamente percebo que **aquele local vai ser uma tortura!** Porque é que o meu bebé está a sofrer na UCIN, enquanto aquelas mães, radiantes, estão a cuidar e a amamentar os seus bebés? Durante os 2 dias que se seguem, fujo logo pela manhã daquela enfermaria para correr para o nosso bebé, regresso à noite e só quero fechar os olhos e tapar os ouvidos para não ver e ouvir os outros bebés! Dirijo-me rapidamente à UCIN e começo a perceber os primeiros problemas (...). O neonatologista aproveita para nos explicar que não se vão fazer previsões porque os bebés prematuros são imprevisíveis e temos de **aprender a viver um dia de cada vez.**

Dia 5

A enfermeira pergunta-me se já tirei leite. Fico estupefacta, tirar leite? Para quê, se o nosso bebé ainda não abriu os olhinhos e está a ser alimentado com uma mistura de nutrientes por via intravenosa? Resposta: “porque o leite materno é o alimento ideal para o seu bebé e queremos começar a administrá-lo o mais rapidamente possível”. Corro para a enfermaria onde sei que existem bombas de extracção de leite e dou início ao processo. Bombeio durante largos minutos e, depois de muito insistir, saem apenas 5 gotinhas de um líquido amarelado. Guardo essas preciosas gotinhas e vou orgulhosamente entregá-las à UCIN. A minha situação clínica estabiliza e tenho alta para regressar a casa. **Que**

crueldade e que dor senti ao sair do hospital e ao deixar o nosso bebé internado na UCIN da maternidade a lutar estoicamente por cada minuto que passava! Sou recebida em casa com todo o carinho pela nossa família, sabem que não podem fazer nada pelo nosso bebé mas percebem que eles próprios têm uma missão entre mãos: dar-nos forças a nós para que nós possamos transmiti-las ao nosso bebé!

Día 7

A enfermeira pergunta-me se já pode substituir numa pequena placa o nº do processo do nosso bebé pelo seu verdadeiro nome. (...). Para efeitos deste diário, vamos tratá-lo por Asterix. Porquê Asterix? Porque é pequenino, mas cheio de coragem e a poção mágica dá-lhe forças para enfrentar quaisquer dificuldades que veja pela frente. A poção mágica é composta por muita vontade de viver, pelo excelente profissionalismo de toda a equipa que dele cuida e pelo amor infinito que nós pais sentimos por ele.

(...).

Día 13

Os médicos fazem uma ecografia transfontanelar e confirmam hemorragia grau 1 à direita e grau 2 à esquerda, mas acalmam os nossos receios e dizem que parece não haver razão para preocupações. (...). O especialista sai da sala meia hora depois e diz-nos que correu tudo muito bem.

Día 14

Os neonatologistas têm um prognóstico muito reservado, o período pós-operatório é muito crítico com quebras de saturação muito significativas. A boa notícia é que se reduziu o nº de seringas com medicação de 5 para 3 (fico a perceber uns dias mais tarde que, quanto menor o nº seringas, melhor o estado de saúde dos bebés).

Día 15

O pós-operatório continua muito crítico. Pela primeira vez, apercebemo-nos do ambiente que nos rodeia na UCIN. São 12 incubadoras todas elas preenchidas com bebés muito frágeis. Os que nascem com maiores idades gestacionais parecem ultrapassar rapidamente as dificuldades e noto, com alguma pontinha de inveja, que são transferidos dias depois para a Unidade de Cuidados Intermédios. Os outros, com idades gestacionais mais baixas, demoram mais tempo a ultrapassar os problemas com que são confrontados. Naquela sala, além do Asterix, existem mais 2 bebés com idades gestacionais baixas: 24 e 25 semanas. Resolvo aproximar-me dos pais porque sinto necessidade de partilhar os meus sentimentos. E que conforto recebo: apesar dos estados clínicos serem relativamente diferentes, estão a passar exactamente pelo mesmo! Passamos a ser "compínchas". Para darmos

alento uns aos outros, decidimos fazer a “festa do quilo” de cada vez que algum dos nossos bebés ultrapassa 1kg de peso.

Día 16

(...) O enfermeiro explica-nos que podemos começar a participar nos cuidados de higiene do Asterix: podemos dar o banho diário e mudar a fralda. Sinto-me muito feliz mas também muito nervosa, receio pela aparência tão frágil do nosso bebé e pela quantidade de fios aos quais se encontra ligado! O enfermeiro ri-se, vai buscar uma bacia com água morna e algodão e explica-me que vamos dar um “banho à gato”. E lá me dedico à tarefa muito orgulhosa e a transbordar carinho! Agora é hora de mudar a fralda, são tão pequeninas que nem percebo como se conseguem colocar. Está decidido: a partir de agora, sempre que estivermos presentes, somos só nós a dar banho e a mudar a fralda ao nosso bebé. (...).

Día 17

O Asterix vai tendo melhorias muito lentas. (...). As tomas de leite são aumentadas para 2,5ml e depois para 5ml. Sinto-me feliz no meio daquela pequena sala rodeada por equipamento obsoleto onde vou extrair o leite, além do carinho, é a única coisa que posso fazer pelo nosso bebé e ele parece estar a gostar...

(...)

Día 20

Abro o meu mailbox na Internet e vejo que tenho uma série de mensagens de amigos próximos a darem-nos coragem. Não podem estar presentes, não percebem exactamente o que estamos a sentir porque nunca passaram pelo mesmo, mas estão a torcer por nós e pelo nosso bebé! Recebo um pequeno papel com o nome e o nº de contacto de uma amiga, de uma amiga, de uma amiga, que também passou pelo mesmo (...). Resolvo guardar o contacto como reserva para um daqueles dias em que me sentir mais frágil e estiver a precisar de recuperar forças.

Día 21

O médico neonatologista responsável pelo nosso bebé vem informar-me de que ele sofre de uma inflamação nos pulmões e displasia broncopulmonar provocada pela ventilação mecânica que o ajuda a sobreviver. (...). Durante a noite, o Asterix tem uma quebra de saturações significativa (...). As tomas de leite são aumentadas para 15ml, mas o peso cai para 889g. **Estou desesperada..** Olho para o papel com o contacto da dita mãe que já passou pela mesma experiência. No dia anterior tinha pensado utilizá-lo nos dias mais difíceis e, menos de 24h depois, chegou o momento... Resolvo ligar. Do lado de lá atende-me uma voz doce e simpática que me diz que amanhã é Sábado e que está disponível para me ir visitar a mim e ao

nosso bebê à UCIN. Melhor que isso, leva consigo a sua filha que agora tem 4 anos e que também nasceu com 26 semanas de idade gestacional!

Dia 22

Os problemas pulmonares mantêm-se durante toda a manhã. (...). **Estou de rastos** e aguardo com expectativa a visita da mãe e da criança que já passaram pela mesma experiência. Vejo ao fundo do corredor um adulto e uma criança que aparenta ter 4 anos. Só podem ser elas! São mesmo elas, olho maravilhada para a criança que segura um pacote de Sugus na mão, já passou por tudo isto e está agora a devorar gomas com sabor a morango! A mãe explica-me de uma forma muito calma que, por vezes, a fragilidade está na cabeça de quem vê e não no coração de quem sente, sabe e confia. Há que ter muita confiança no Asterix e ajudá-lo a ultrapassar os obstáculos que lhe forem surgindo pela frente. **Devemos estar sempre presentes, acariciá-lo, falar, cantar para ele...** Concordo e tenho agora em mãos novos objectivos: abstrair-me da fragilidade do estado do nosso bebê, esquecer a panóplia de fios e equipamentos que o rodeiam e acariciá-lo, falar e cantar para ele... Peso: 972g.

Dias 27 a 31

Continuam a ser dias muito críticos. (...). Olho para o nosso bebê com muito carinho e lembro-me do que a mãe com quem falei há uns dias atrás me disse. Agarro na mão do Asterix e, como não tenho muito jeito, começo a cantar baixinho e muito desafinadamente a única canção que me vem à cabeça: é o "Frère Jacques" numa versão inventada por mim e adaptada à situação.

Dia 33

(...) Continuo a falar e a cantar muito para o nosso bebê. O peso aumentou para 1020g. Conforme combinado com as outras 2 mães, é dia de fazer a "festa do quilo"! **Há que celebrar esta vitória!** E há mais um motivo de celebração: o Asterix já não tem ao lado dele nenhuma seringa com medicação! Regresso a casa e oiço no rádio a música da Adriana Calcanhoto "Fico assim sem você". É mesmo assim que eu me sinto quando deixo todas as noites a UCIN para vir dormir a casa: "Tô louco pra te ver chegar / Tô louco pra te ter nas mãos / Deitar no teu abraço / Retomar o pedaço / Que falta no meu coração; Eu não existo longe de você / E a solidão é o meu pior castigo / Eu conto as horas / Pra poder te ver / Mas o relógio tá de mal comigo; Por quê? Por quê?"

(...)

Dia 35

O neonatologista olha para mim e diz-me com um ar sorridente e pleno de confiança. "Estou farto de ver o Asterix ligado a esta maquinaria toda, está um

belo dia para lhe retirar o ventilador... O que é que acha?" **Estremeço, mas confio...** (...). As tomas de leite são aumentadas para 35 ml. Peso: 1028g.

(...)

Día 42

Acabo de lhe dar banho e de lhe mudar a fralda e o enfermeiro dirige-se a mim: **"Hoje vamos ousar o método canguru!"** Sinto um arrepió ao olhar para a quantidade de fios que ligam o Asterix a uma série de equipamentos, mas rapidamente me sento na cadeira mais próxima, abro a camisa e digo que estou preparada. Pego no nosso bebé com um grande sorriso. Como que por magia, as taquicardias param, a respiração estabiliza e as saturações começam a subir. (...). **Permanecemos neste "namoro" durante 3 horas que me parecem demasiado curtas...**

(...)

Día 53

Vejo à distância uma incubadora com um bebé com mais de 3kg e um padre a dirigir-se para lá para lhe dar a extrema-unção. **Olho para os pais com uma enorme compaixão e sinto a fragilidade dos bebés que ali se encontram internados.** Minutos depois, o bebé morre. Esta imagem não me sai da cabeça durante todo o dia.

(...)

Día 58

O enfermeiro dirige-se a mim com a banheira que as crianças costumam utilizar para dar banho aos bonecos numa mão e a máquina fotográfica na outra: **"Está bem disposta? Chegou o dia de darmos o primeiro banho ao Asterix numa banheira improvisada."**, anuncia-me ele com um enorme sorriso. Aceita o desafio? Claro que sim! Lá lhe retiramos toda a panóplia de fios que o rodeiam e mãos à obra! Ele parece adorar conforme ficou registado no enorme sorriso que fez para a máquina fotográfica...

(...)

Día 65

Cruzo-me nos corredores com uma pediatra. De momento, não se encontra de serviço naquelas unidades mas já a tinha visto por várias vezes na maternidade. É afável e simpática. Sem me conhecer, pergunta-me pelo estado de saúde do nosso bebé e começo a descrever-lhe o que se tem passado ao longo destes últimos 2 meses. **Confesso-lhe também que me sinto perdida e angustiada com a falta de informação escrita dirigida aos pais.** A equipa de profissionais de saúde está

inteiramente disponível para responder a todas as nossas questões, mas sinto-me perdida e nunca sei bem o que perguntar. (...).

Dia 66

*O Asterix já respira ar ambiente sem qualquer suplemento de oxigénio! Eu e a mãe da bebé de 25 semanas que conheci há cerca de 2 meses (“compíncha” desta desafio que é dar à luz um bebé prematuro) achamos que fazia bem aos nossos bebés ouvirem um pouco de música clássica... Falamos com as enfermeiras, obtemos autorização e lá colocamos umas pequeninas aparelhagens dentro das incubadoras. Ligamos o som muito baixinho para não incomodar os outros e acreditamos vivamente que **os nossos bebés estão a relaxar ao som de Bach e Vivaldi...***

(...)

Dias 74 a 79

Insiste-se no treino do biberão e já passa os dias quase inteiros a beber pela tetina. Começa a “despedir-se” da sonda gástrica. Peso: 1710 g.

(...)

Dia 85

*As enfermeiras vêm dar-nos a tão ansiada notícia: é provável que o Asterix tenha alta no dia seguinte depois da consulta do oftalmologista! **Irradiamos felicidade!** De repente, lembro-me: e agora que, enquanto ele estava internado, achei que podia dar azar comprar qualquer material para o regresso a casa (biberões, roupa, mobiliário, material de transporte, etc.) e não temos absolutamente nada para o levar e o receber em casa? Lembro-me de uma lista que tinha feito há muitos meses atrás, falo com a minha mãe e “mãos à obra”. Corremos as duas pela cidade e, em menos de 24 horas, reunimos todo o material indispensável!*

Dia 86

*Conto todos os minutos que passam. (...). Sorri e diz-nos que o nosso bebé pode ter alta. Nem quero acreditar, podemos finalmente levá-lo para casa! Olhamos para o nosso bebé maravilhados! Vestimo-lo com a roupinha que tínhamos comprado no dia anterior especialmente para o momento e partimos com um **sentimento de gratidão eterna** para toda aquela excelente equipa de profissionais que acompanhou o Asterix ao longo de quase 3 meses. É, sem qualquer dúvida, o dia mais feliz da minha vida! Peso: 1870g.*

Os meses que se seguiram foram (e ainda continuam a ser) acompanhados por muitas consultas de rastreio. Passado algum tempo, a pediatra do nosso bebé decide dar início a um programa de intervenção precoce. (...).

Quando o nosso bebê atinge 6 meses de idade gestacional, a pediatra do nosso bebê olha para mim e pergunta-me com um enorme sorriso: “Então, é para quando o próximo bebê?” Olho para ela estarrecida e respondo-lhe que ainda não consegui recuperar da intensidade da experiência que é ter um filho prematuro. Vou para casa a pensar no assunto... Pois é, já nem me lembrava que eu e o meu marido sempre quisemos ter mais que um filho. (...). Menos de 1 ano depois chega a tão esperada notícia: Estou de novo grávida! Início de imediato a terapêutica necessária para adiar a ocorrência do HELLP. (...). Consegue adiar-se o problema até às 34 semanas de idade gestacional da bebé. Nasce com 2475g de peso, surgem pequenas intercorrências ao nível respiratório, mas a estada na maternidade não se prolonga além dos 12 dias. Estou muito feliz e sinto que valeu bem a pena termos arriscado!

Quanto ao nosso bebê, de cada vez que o vejo sorrir, parece que nos quer agradecer a confiança que nele depositámos, como quem diz: “Estou aqui, estou bem, ultrapassei todos os obstáculos que me foram colocados, mesmo aqueles que pareciam impossíveis de ultrapassar. Mas sobrevivi e vou continuar a mostrar o quão forte sou e, como a mãe da outra bebé prematura vos dizia, a fragilidade, por vezes, está na cabeça de quem vê, não no coração de quem sente, sabe, e confia!”.

Um muito obrigada ao Asterix por ter acreditado que valia a pena lutar! Um muito obrigada à irmã do Asterix por ter tido a coragem de vir a este mundo mesmo com fortes probabilidades de ter que passar pelo mesmo tipo de dificuldades! Somos agora uma família feliz!

O Campeão Gonçalo

A minha gravidez correu normalmente até às 32 semanas, sem enjoos, sem nenhum problema, sem qualquer percalço. Mas, no dia da ecografia das 32 semanas, tudo mudou. Foi detectado que o Gonçalo sofria de uma deficiência de crescimento causada por insuficiência placentária. E que tinha de nascer! O mais rápido possível. Porque senão, não sobreviveria.

Foi um choque. Ir fazer uma ecografia de rotina e sair para a Maternidade Alfredo da Costa com ordem de internamento imediato. (...).

Na manhã do 3º dia, (...) O Gonçalo estava a desistir de lutar. Tínhamos de o fazer nascer. Às 10h30 mandaram-me descer para o bloco operatório. Ia ser feita uma cesariana de urgência. Chorei e chorei antes da operação. Tinha medo que o Gonçalo desistisse antes de sair para este mundo. E já tínhamos chegado tão longe juntos. Quase 33 semanas.

*A operação demorou 10 minutos. Às 11h33m do dia 1 de Julho de 2005, 1 mês e meio antes da data prevista (13 de Agosto) o Gonçalo chegou. E não chorou. A pediatra massageou-o e só então ele reagiu. Ainda assim, 8 pontos ao nascer, e 9 aos 5 minutos de vida: um campeão de resistência. Beijeí-lhe as mãos e a testa e levaram-no para a célebre sala 5. Só aí ficou 2 dias. Passou depois para a incubadora na Unidade de Cuidados intermédios. E a partir daí não há história porque evoluiu sempre bem, sempre favoravelmente, sem recuos, sem hesitações, sem dúvidas. **Ele queria viver. E nós queríamos tanto, tanto, que ele vivesse.** Eu passava os dias na Maternidade e ao fim da tarde o Pedro juntava-se a nós. Íamos jantar e regressávamos para o pé do nosso tesouro. **Só o deixávamos pela meia - noite, para não sermos inconvenientes.***

*Hoje, o Gonçalo tem quase 4 anos. No entanto, a memória daqueles dias, daqueles 25 dias de internamento e de evolução sempre sem recuos permanece viva na minha memória como se tivesse sido ontem. Quem o vê não imagina que nasceu depressa demais. Tem 1,05m e pesa 17,50kg. É um rapagão e continua cheio de amor pela vida. Adora o colégio e os amiguinhos, adora jogar futebol, correr e saltar. É certo que adoece mais do que eles. É certo que tem muitos problemas alérgicos. Mas continua uma força da natureza, sempre alegre, sempre a sorrir, mesmo quando está doente e a mãe não pode de preocupação e o espreita à noite para ver se respira bem. Ainda hoje, já quase 4 anos passados, já não são necessários espelhos embaciados para lhe testar a respiração, que é hoje mais forte e audível, mas **a preocupação continua a mesma.** Desconfio que continuará sempre, mesmo que passem 20 anos.*

Sandra Martins (Abril, 2009)

Um rapaziño chamado Gabriel

Corria tudo às mil maravilhas, uma **gravidez muito desejada** de um rapaziño chamado Gabriel. Tinha feito a ecografia das 32 semanas e ele, segundo o médico, estava a crescer bem, encontrando-se no percentil 50!!

No entanto, quando na semana a seguir vou à médica para uma consulta de rotina, ela detecta, através da ecografia, que ele estava muito pequeno para o tempo de gestação. (...). Começaram a provocar o parto às 11h de 29 de Janeiro de 2008 e o meu príncipe só nasceu no dia 30 às 21h25 com 1550g e 40,5cm.

Quando o puseram em cima de mim, nem me apercebi do quanto ele era pequeno e indefeso, só senti uma enorme **alegria de o ver perfeitoinho e a chorar bem alto**. O melhor momento foi quando falei para ele e ao ouvir a minha voz parou de chorar e abriu os olhinhos para me ver. FOI O MOMENTO MAIS FELIZ DA MINHA VIDA.

Depois levaram-no de mim e só o pude ver, assim que recuperei as forças. Quando o vi pela primeira vez na incubadora, o chão fugiu-me debaixo dos pés, **sentí-me impotente** por não haver nada que eu pudesse fazer para alterar aquela situação. **Senti-me tão culpada**, como se tivesse feito algo de muito errado durante a gravidez.

O meu anjinho teve internado durante 25 dias na UCIN do Hospital de Santarém, onde fez luzes durante 12 dias. Foram dias de luta para que ele aumentasse de peso, já que Graças a Deus, para além da icterícia nunca teve problemas de maior. Saímos do Hospital no dia 25 de Fevereiro de 2008, o Gabriel pesava 1970g e media 44,5cm. Apesar deste percalço na vida do **meu pequeno vencedor**, ele hoje tem 12 meses e em termos de desenvolvimento cognitivo e físico está ao nível dos da idade dele. A única coisa que não atingiu foi o peso e a altura ideal. Pesa 8200g e mede 70cm. Mas eu creio que daqui a algum tempo essa diferença deixe de se notar.

Helena Soares (Março, 2009)

Alegria redobrada

*Olá, a notícia da primeira gravidez foi uma agradável surpresa (Dez/07), mais surpreendente foi a 1ª ecografia - eram 2!! Uma alegria redobrada. Tudo corria bem, apesar de estar em repouso desde as 20 semanas. Aguardávamos com ansiedade e curiosidade a chegada do casal para Agosto 2008. Até que a rapariga, sempre mexerica e apressada, quis sair. Nasceram a 24 JUNHO, com 31s+5d. Matilde 1540g e o João 1665g. Foram para a sua 1ª casa Serviço Neonatologia do Hospital S.João! Porquê os meus meninos?? Depois de dia após dia naquela dura realidade, **conheci histórias de outras mães de prematuros, ou melhor, de mulheres heroínas, novas ou mais experientes, mas todas unidas pelo dor e receio do segundo seguinte.** A Fé, a Família e Todo Pessoal Médico e Auxiliar daquela unidade contribuíram para o sucesso dos meus meninos e, sempre que possível, de todos os PEQUENOS GRANDES HERÓIS da UCIN. Apesar de tantos obstáculos, temos o dia do renascimento - a ida para casa - tão desejado e, ao mesmo tempo, **cheio de incertezas e receios...** Enfim, as mães "prematuros" compreendem. Agora os meus HERÓIS têm 7 meses reais e estão bem. O meu João teve alguns combates pela vida, superou-os! Dentro em breve travará outra grande batalha: Cirurgia à cabeça, devido ao encerramento precoce da "moleirinha" - CRANIOSSINOSTOSE.*

Mas é um CAMPEÃO e NÓS ACREDITAMOS NELE. (...).

Marta Vinhas (Janeiro, 2009)

A alegria de a ver crescer

Tive a minha princesa Helena às 34 semanas... sei que não é prematuridade extrema, mas não deixa de ter os riscos de um prematuro.

A Helena nasceu dia 9 de Dezembro de 2007, pelas 12h28m, no Hospital Pedro Hispano, com 43cm e 1,795Kg e baixou para 1,695Kg. Nasceu não porque ela quisesse, mas eu não tinha líquido amniótico e como estive internada nas grávidas de risco desde a 30ª semana e as coisas não melhoraram, ela teve que nascer...

Nasceu de cesariana, pois a obstetra achou por bem não submeter a Helena ao esforço do parto. **Uma tristeza grande foi o pai não poder assistir ao parto...**

O dia que ela nasceu, e apesar da prematuridade e os possíveis riscos que corria, **foi o dia mais feliz das nossas vidas!** Lembro-me, como se fosse hoje, da primeira imagem dela... na hora dela sair para este mundinho, o médico baixou o lençol... parecia um gatinho e quando a colocaram à minha beira, não consegui conter as lágrimas... por momentos esqueci-me dos riscos que a Helena corria. De repente vi-me sozinha, ela teve que ir para a sua "caixinha", a incubadora. **Nesse dia doeu muito não a poder ver mais, a noite não passava, sentia uma sensação de vazio por não a ter ao meu lado e por já não a sentir dentro de mim...**

Na manhã seguinte, quando a vi, o meu coração saltava de emoção... a vontade de a abraçar era tanta! Mas não podíamos, tínhamos uma caixa a separarmos... só lhe podia tocar! Passávamos a maior parte do tempo de mãos dadas. A Helena não precisou de ventilação (...), e isso deixou-me muito aliviada! No dia 11 ela mamou na minha mama pela primeira vez... Que sensação! A primeira vez que peguei nela, uma bebé tão pequenina, parecia que desaparecia nos meus braços, mas quando a coloquei na mama, a Helena nem parecia prematura... mamou como um "bebe grande"! Passávamos o dia na neo (...). No dia 12 tive alta, fiquei contente, pois já tava farta de estar internada, mas quando chegou as 22h30 e tive que vir para casa, parece que o mundo desabou... que **dor horrível** vir embora sem a nossa bebe! Passamos uma gravidez inteira a imaginar esse dia e não aconteceu assim... Não consegui parar de chorar... quando cheguei a casa, não consegui entrar no quartinho da Helena... não dormíamos de noite e telefonávamos sempre para a neo de madrugada para saber como ela estava! De manhã, às 8h íamos a correr para o hospital, passamos todo tempo que nos deixavam ao lado dela, sempre com a caixa no meio! Quando ela passou para o berço aquecido, foi uma **alegria** enorme, cada tubo, cada fio que lhe tiravam era sempre uma alegria!

A Helena passou 4 dias nas luzes, pois os valores da bilirrubina não baixavam... Sabíamos que ela só vinha para casa quando atingisse os 1,800Kg e mamasse bem. (...) e no dia 22 de Dezembro veio para casa! Ai sim... uma alegria tão grande que não é possível sequer descrever.

Agora a Helena tem 13 meses, 10kg... uma bebé com peso e tamanho normal. Desde os 4 meses que não se faz a chamada idade corrigida... ela é uma menina muito reguila, activa, inteligente e acima do tudo o nosso **ORGULHO**. É uma alegria vê-la crescer!!! Ainda hoje ela tem o hábito de adormecer a mexer sempre nas nossas mãos, muito certamente por nos primeiros dias de vida, ser só assim o nosso contacto!

Queria salientar a todos, que estes bebés, os prematuros, são um exemplo de vida para todos nós, são uns **heróis!** Tão pequeninos e lutam com todas as forças que têm para viver...

Obrigada Helena por estares connosco... obrigada por nos fazeres tão felizes!

Cecília Almeida (Janeiro, 2009)

Lara

O nascimento da Lara, muito desejado por nós e esperado durante alguns anos, precipitou-se porque eu tive pré-eclampsia. Assim, apesar do meu **temor por prematuros** (os filhos dos outros, mesmo de termo e com 3 kg, pareciam-me pequeníssimos), fui presenteada com uma bebé realmente pequena! **Mas logo me adaptei a ela, e depressa os outros bebés me pareceram anormalmente grandes!**

O pior foi o internamento que não parecia ter fim, a ausência de informação técnica, o não saber o que seria o futuro, a **impotência** de vê-la naquela incubadora sem eu a poder ajudar... **A espera é terrível e angustiante** - só o sabe quem o vive, penso eu! (...).

E lá vieram também os dias passados no hospital ao lado dela, aguardando pelos **pequenos momentos de felicidade** que eram a muda das fraldas, uma festinha quando ela chorava, o cantar para a embalar, mais tarde o banho diário e o poder pegar-lhe um pouquinho ao colo...

Finalmente, quase 2 meses depois do nascimento, lá veio o grande dia: a alta da Larita! Foi com **confiança e alegria** que fomos os três para casa no dia 30 de Abril - a nossa casa ficou cheia com a presença da Lara, cheia de um sentimento intenso e inigualável, as nossas vidas preenchidas como nunca!

Tudo corria bem naqueles dias até 6^a feira, dia 2 de Maio, à noite.. O Paulo tinha feito um jantar especial para nós e estávamos a dar, primeiro, o jantar à Lara quando ela, ao beber o biberon, deixou pura e simplesmente de respirar! Ficou branca, roxa, eu sei lá! Foi um susto - virei-a e bati-lhe (as palavras da Enf. Sílvia a ecoarem no meu cérebro: “em caso de dúvida, faça-a chorar”), ela chorou mas calou-se novamente, em apneia, voltei-lhe a bater e aí, já todos em pânico, ela chorou assustadíssima e recuperou lentamente a respiração... Toca de telefonar para o hospital, voar para lá, uma aflição diabólica e uma viagem de 10 minutos que pareceu demorar 10 horas. No hospital, ela foi vista e revista, fizeram-lhe análises, e voltaram a dar-lhe o biberon - e ela voltou a repetir o episódio lá de casa, sem tirar nem pôr, e ficou internada.

Pode imaginar como regressamos a casa, a uma casa completamente vazia, com o coração do tamanho de uma cabeça de alfinete... Um misto de remorsos por lhe ter batido tanto (será que ela se lembraria? Iria ficar traumatizada?), de alívio por ter conseguido bater-lhe, de tudo e de nada.. Nessa noite, adormeci com o casaquito dela na mão, a sentir ainda o seu cheirinho:..

Depois seguiu-se a pior e mais longa semana da minha vida, em que tudo de mau foi e equacionado (...). A nossa **dor** foi tão profunda que eu nem me lembro bem de todos os pormenores desses dias!

Mas tudo acabou bem, a Lara lá teve alta dia 9 de Maio e as nossas vidas recomeçaram.

Hoje, dia 5 de Agosto, tenho uma linda menina, forte e determinada em viver, que faz exactamente 5 meses. Tem quase 3,8kg e é um encanto, mexida, saudável (...) e muito espertalhona! Já sorri, palra, brinca com as mãos e é muito linda e simpática!

(...) e em particular a possibilidade de trocar experiências, dúvidas, anseios, temores e alegrias com outras mães (e pais) de prematuros! A nossa experiência é tão diferente da dos restantes pais, que por vezes **sinto-me (sentimo-nos?) isolada!** (...).

Filipa (Agosto, 2008)

Sonho de uma noite de verão

Por vezes os sonhos são indicadores que algo bom ou mau está para acontecer... Numa linda noite de Verão, acordei de madrugada com a sensação que algo estava a acontecer dentro de mim. Voltei a adormecer rezando para que a manhã chegasse rapidamente.

Logo pela manhã dirigi-me à farmácia, com uma certeza muito grande que iria ser presenteada com o que mais desejava. Nas minhas mãos depositaram o papelinho que confirmou a minha tão desejada gravidez. A notícia, foi recebida com um enorme entusiasmo pelo pai e pelos futuros avós.

(...) No dia 5 de Fevereiro (...) **tive o maior choque da minha vida.** A nossa desejada bebé não tinha crescido nesse mês. A tensão estava alta e teria que ser internada de emergência.

Mais uma vez, e inocentemente, pensei que tudo iria ficar bem, na minha cabeça bastava um pouco de repouso e tudo acabaria bem..

No dia 12 de Fevereiro, por volta das dez da manhã confirmou-se a necessidade de retirar o que de mais precioso tinha naquele momento. A bebé estava bem, mas precisava de crescer fora de mim. Nos minutos antes da cesariana, **culpeí-me, choreí, mas mantive a esperança.**

Quando acordei, lembro-me de pensar que agora iria ficar tudo bem. Em meu redor todos me olhavam com os olhos carregados de lágrimas, lutando para que elas não caíssem à minha frente. O Meu Sonho nasceu no dia 12 de Fevereiro, com 880 gramas..

O pai foi o primeiro a vê-la, não se preocupou com o peso, **amou-a no primeiro minuto que a viu.** Disse os médicos que iria chamar-se Beatriz, como a mãe havia decidido. No dia seguinte, fui ver a minha tão desejada bebé. Devo de confessar que não estava preparada. Numa cadeira de rodas, empurrada pelo sorriso do meu marido por ir ver a sua pequenina, mas sua Beatriz, lá entrei num sítio onde se ouvia apenas o apitar de máquinas e onde estavam vários **pais encantados a olhar para os seus pequeninos bebés.** Ao vê-la percebi que não estava preparada, ao vê-la **sentí medo, muito medo,** por não conseguir amá-la, por não conseguir cuidar dela e por poder perdê-la.

Nessa noite não dormi. Decidi que não iria voltar aquele sítio sozinha, não tinha forças para lá entrar, sem o apoio do meu marido.

Na manhã seguinte, a passos lentos algo empurrava-me para o caminho que dava para a Neonatologia. Com medo, **pouca coragem,** entrei. Durante meia hora estive a observar aquele pequeno e frágil ser. Chorei, chorei muito... E só parei de chorar quando uma enfermeira a veio por no meu peito. Aí percebi que não

adiantava chorar, **negar**, **culpar-me**, pois a bebé que tanto tinha desejado estava ali, à espera do meu amor.

Não era como tinha idealizado mas era o que tinha, ou que a vida tinha reservado para mim. (...).

No dia 12 de Abril a Beatriz nasceu para o mundo! Quando a balança marcou 2kg20gr, nem queria acreditar. Nesse dia, quase não estive com ela, corri para casa preparei tudo para a receber, chorei de alegria e em todo o lado que ia o meu sorriso deixava todos contagiados!

(...)

Já passou um ano... A Beatriz continua a ser o meu sonho e uma noite de Verão...

(...) Está enorme, bem, feliz, rebelde, refilona, linda; Tem 8 dentes, gatinha por todo o lado, e é super saudável.

Nadine Martins (Maio, 2008)

Olá eu sou o Salvador

Nasci neste hospital no dia 25 de Março de 2007, pelas 5h e 38m, num Domingo cheio de sol, de parto normal, às 24 semanas e 4 dias, com 775gr e 30,5cm.

Não pude ir para casa, tinha trocado o conforto da barriguinha da minha mãe por uma casinha de vidro.

Os meus pais sentiram-se frustrados, culpados. O que fizeram de errado? Quais foram os cuidados que não tiveram? O que poderiam ter evitado? Porquê??? Tantas questões para responder!

Eles ficaram muito preocupados e apesar desta **imensa angústia** quando olharam para mim, eu senti todo o **amor**, **carinho** e **esperança** que eles depositavam em mim. Isso ajudou-me muito!...

Começou então para nós um período de vida, um dia de cada vez, com muitos altos e baixos, triunfos e contratempos. O cenário de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais não é dos melhores, a quantidade de fios, sondas, monitores e alarmes sempre a tocar é arrepiante. Mas a dedicação, competência e o carinho de todos, enfermeiras (os), médicas (os), psicólogas, terapeutas e auxiliares são reconfortantes, pois não podíamos estar em melhores mãos.

(...)

O “Método Canguru”, foi a melhor coisa que me aconteceu durante os 118 (a quase 4 meses) enquanto estive aqui internado, fiz muito desde que nasci com os meus pais.

Tive alta no dia 20 de Julho de 2007, após tantos dias difíceis, mas onde tive sempre a presença dos meus pais e avós que me darem muito amor e carinho. (...).

Salvador (Maio, 2008)

Maís uma história prematura..

Olá bebé!

Que bom é ver-te crescer, sorrir, chorar, palrar. (...).

Os teus olhos sorriam e aqueciam o meu coração. Passámos por tanto meu bebé.

Tive tanto medo de te perder quando, depois de uma gravidez maravilhosa, comecei a sangrar violentamente.

(...)

Apareceu então aquele anjo em forma de médico que me explicou que iria pôr a mãe a dormir um soninho descansado para poder-te tirar da barriguinha da mãe com muita segurança. E assim nasceu a Matilde com as suas 910 gr e 34cm numa gravidez de apenas 25 semanas + 5 dias.

Eras tão pequenina...nem sabia como havia de te pegar...tinha tanto receio!!!

Agora com 8Kg continuo a ter receios, são apenas outros. Não por seres prematura mas porque sou Mãe e vou recear por tí o resto da vida. Porque vais ser sempre parte de mim e amo-te com um amor que não existe descrição possível.

Hoje à noite vou cantar-te outra vez.

Não são músicas premiadas com disco de platina, nem sequer são com o tom certo, mas são músicas com letras que saem do coração e que tanto o aquecem quanto fazes aquele sorriso maroto.

Obrigado filha por teres lutado, por teres sido tão forte. **Por teres feito de mim uma mãe prematura muito orgulhosa.**

Vânia (Fevereiro, 2007)

Miní Laura

(...) Depois de sermos pais de uma bebé prematura pensámos que de certeza isso não se iria repetir, erro crasso.

Às 25 semanas e 7 dias a Elsa deu entrada nas urgências do Hospital do Barreiro, (...) a bebé iria nascer, (...). A história repetia-se mas 8 semanas mais cedo, como era possível. Às 23h54m do dia 23 de setembro, com precisamente 26 semanas, nascia a Míní Laura com 805grs, quando fui vê-la nem queria acreditar que um ser tão pequeno poderia sobreviver, a pressão nervosa vivida nas 24hrs anteriores nem me deixava estar realmente "consciente" do que estava a acontecer.

Nesta altura o que mais se deseja é ver o bebé respirar e conseguir superar a primeira de muitas **etapas de grande sofrimento para os pais**, mas principalmente para os pequenos grandes heróis recém-nascidos. (...) Como nos dizem diariamente estes Anjos da Guarda, este processo é para ser vivido um dia de cada vez, pois com bebés tão prematuros não é possível fazer futurologia. (...).

Como que por milagre, depois deste revés, as coisas começaram a evoluir muito positivamente e depois de 59 dias de hospital (...) a pequena grande Laura veio para casa com 1965grs. Ao escrever estas linhas a Laura tem 2450grs e está com dez semanas de vida, está linda e a crescer a olhos vistos é o aí Jesus cá de casa.

Quero agradecer (...) pois penso que para trabalhar num sítio destes tem que se ter um dom especial, para se tratar dos mini-bebés, mas também para se lidar com a **ansiedade dos pais**.

Deste pai babado que **sempre acreditou**.

Ruí Borba (Dezembro, 2006)

Finalmente 1 Ano!!!

Olá, o meu nome é João, e finalmente fiz 1 ano!!!!

Nasci a 30 de Agosto de 2004, com 32 semanas, 1 kg de peso e permaneci, nesta unidade, 2 longos meses da minha vida. Apesar deste período ter sido muito importante para mim, pois fortaleceu-me, deu-me, igualmente, uma visão errada do mundo, que felizmente foi corrigida pela vivência que tive a seguir ao internamento. Quero, assim, partilhar convosco, a minha grande aprendizagem (...).

Aprendi que...

- o mundo não está limitado a paredes de vidro;*
- a eritropoietina não dura para sempre;*
- uma colher de papa em nada se equipara a uma sonda nasogástrica;*
- a sopa é muito melhor do que o soro;*
- o meu corpo não tem fios pendurados, nem emite uma luzinha vermelha;*
- não existem só banheiras pequenas e cor-de-rosa, aliás a que eu tenho hoje é enorme e azul;*
- as agulhas também servem para coser;*
- existem fraldas maiores e mais giras;*
- os gorros também podem ser de malha polar e não me fazem alergia;*
- os tamanhos das roupas não são nulos;*
- posso estar descalço;*
- para além do Protovit, existem outras coisas doces, como seja a Cerelac;*
- posso dormir na horizontal;*
- a televisão também se pode ver de dia e não só à noite;*
- os meus pais vestem roupas giras e raramente usam verde;*
- posso ter amigos que não vestem bata branca;*
- existem outros sons para além do pí..pí..pí..ou toim..toim..toim;*
- as meninas são mais pequenas do que os meninos (todas as meninas que conheci na unidade eram sempre maiores do que eu);*
- os frasquinhos com tampa azul ou vermelha também podem ter outra utilidade;*
- os colchões não apitam;*
- os berços também podem ser de madeira;*
- deixa de ser importante se engordei 5 gramas;*

O mundo cá fora é muito FIXE, e é por isso que eu quis nascer mais cedo! João

O meu pinguinho de gente

Fez agora 34 meses que nasceu a minha filha Margarida. Pequenina, muito pequenina veio ao mundo no dia 17 de Julho de 2002.

Tive uma gravidez de risco, devido a problemas anteriores com outras gestações. Depois de uma primeira gravidez sem problemas, já tinha tido um aborto retido e no ano anterior ao nascimento da Margarida tinha perdido o António com 30 semanas de gestação. (...) Fui internada de urgência no Hospital dos SAMS em Lisboa, e no dia seguinte a Margarida nasceu. A minha pimpolha tinha apenas 875 gramas, era tão pequenina que **ainda hoje me custa pensar nisso**.

A minha médica tirou-me uma fotografia assim que nasceu e foi-me mostrar (tinha sido uma cesariana e eu não pude ir logo ver a bebé), quando vi a fotografia achei que a bebé era magrinha, frágil, mas que até era grande.. No dia seguinte, **cheia de expectativa**, fui com o meu marido, até à Unidade de Neonatologia ver a nossa filha, quando lá cheguei não queria acreditar no que via, a Margarida era um **"pinguinho de gente"**, nunca tinha visto um bebé tão pequenino, a sua cabecinha era mais pequena que uma bola de ténis, o seu corpinho era tão frágil, tão frágil que é difícil explicar. **Depois do choque inicial, nem queria olhar para a Margarida (coisa que ainda hoje me penitencio)**, porque achei que era impossível que uma coisinha tão frágil e pequenina conseguisse sobreviver, e eu não queria decorar a cara dela. Fui praticamente "obrigada" pela Enfermeira Lina a pegar na Margarida ao colo, puseram-me aquele "pinguinho de gente" cheio de fios dentro da bata em contacto com o meu peito e falaram-me sobre o método canguru, **chorava tanto que a Enfermeira Lina brincava comigo dizendo que eu ia afogar a rapariga!** Depois foram 49 dias longos, longos, longos. Com altos e baixos, com dias bons e dias menos bons. (...). **Tive que aprender a viver um dia de cada vez, um dia depois do outro, e principalmente tive que aprender a viver sem planos.** Havia dias em que a minha vontade era gritar de felicidade por mais uma etapa vencida, mas logo depois tinha vontade de chorar de desespero por mais um problema que aparecia. (...).

Depois, de dia para dia, a Margarida começou a reagir, começou a aceitar o leite, os órgãos tão imaturos começaram a funcionar, e passados 49 dias levámos o nosso "pinguinho de gente" com 1.860 gramas para casa e para ao pé do irmão Francisco, de seis anos, que estava ansioso por tê-la por perto. Foi sem dúvida um dos dias mais felizes na minha vida.

Gostava com este pequeno relato de transmitir toda a minha solidariedade a todas as mães que têm bebés prematuros, e de lhes dizer que vale a pena acreditar na força dos nossos bebés, nos médicos e enfermeiras que os acompanham, e

sobretudo em Deus. **Acho que a troca de experiências ajuda muito**, quando estive com a Margarida no hospital, a Dra. Manuela, juntamente com a Enfermeira Lina e a Enfermeira Carla, chamaram outras mães que me foram contar as suas experiências com filhos prematuros, levaram até as crianças agora crescidas para eu ver que valia a pena acreditar, e essas conversas ajudaram-me muito. (...).

É verdade, a Margarida tem hoje quase 4 anos, pesa 15 Kg, diz que namora o Peter Pan e claro é LINDA!!!! **O meu "pinguinho de gente" é agora uma "Princesa rechonchuda"!**

Já tenho 6 anos e meio!!!

(...) A Joana nasceu de 28 semanas e 5 dias com 1kg e 400g, um óptimo peso para o tempo de gestação. (...) A verdade é que foi um susto para mim, mas um parto muito fácil, na 2ª contracção já cá estava fora. Ouvia chorar e "puff" desapareceu, não sabia que não a podia ver, porque tinha logo que ser entubada e esses detalhes todos.

Fiquei com uma foto e a minha 1ª reacção foi: é a cara do pai. :-)

Com duas horas de vida foi transferida para a U.C.I. da Maternidade Alfredo da Costa (a famosa sala 5), onde 2 dias depois, quando tive alta, vim a conhecer o bebé mais lindo do mundo. Sim, porque para mim ela, mesmo com aqueles tubinhos todos, era a mais linda pois (ainda hoje, se fecho os olhos, consigo ouvir o som daquelas máquinas).

Ficou internada 11 dias e depois voltou para Cascais onde estive mais 1 mês e uma semana. (...). **Todos os dias, quando me dirigia para o hospital, tinha medo do que pudesse encontrar, as notícias que pudesse ter.** Felizmente não ouve mal maior, até música lhe pus na incubadora (por aconselhamento do pediatra, que acalmava, e a verdade é que resultou). (...).

Mas eis que chega o grande dia e com 2040kg e 38cm de comprimento e a mamar biberões que era uma alegria a Joana teve alta. **Acho que foi o dia mais feliz da minha vida e o mais assustador.** Pensava, e agora se acontecer alguma coisa não há médicos em casa, nem enfermeiros, todas essas preocupações naturais de mãe. A verdade é que nunca nada aconteceu e a Joana foi-se desenvolvendo ao seu ritmo. (...).

Faltava 1 mês para os 2 anos entrou na creche, não era muito faladora, mas passados uns tempos, já era uma verdadeira gralha: -):-):-). Ficou doente a 1ª vez - 15 dias após a entrada no infantário, uma virose (como sempre). Ate hoje foi

apenas isso que teve, 2 ou 3 viroses e nada mais. Por vezes brinco com o assunto dizendo que foi tão bem tratada no início de vida que agora está imune a quase tudo. Graças a Deus é uma criança muito saudável.

O desenvolvimento da sua aprendizagem, na infantil, foi, em alguns casos, um pouco mais lento que os coleguinhas, mas sempre conseguiu atingir os objectivos, nem que fosse um pouco mais tarde.

(...) No geral a Joana é uma criança muito bem disposta, muito saudável, muito faladora e com muitos amiguinhos. Destaca-se uma personalidade muito forte é muito teimosa e consegue geralmente tudo o que quer. (culpa da mãe também que tem um coração de manteiga). Tem alguma dificuldade de concentração, é difícil para ela estar muito tempo a fazer a mesma coisa. É muito assustadiça e muito ansiosa (infelizmente, penso que foi por minha causa), é traquinas q.b. e um amor de menina.

A minha vida, a razão da minha existência.

Não tive mais filhos, talvez o susto de não saber o porquê do meu parto prematuro também me ajudassem a isso. Sei que muita gente que tem partos prematuros, e depois noutra gravidez corre tudo bem, eu não arrisquei, mas sou feliz com a minha filha.

Espero que este depoimento sirva para vos continuar a dar esperança e confirmar que hoje aos 6 anos e meio posso dizer que quem não sabe nunca iria adivinhar que a Joana foi um bebé prematuro; pois neste momento não existem diferenças entre ela e os de termo.


Felicidades para todos os bebés e seus pais.

Xana (Abril, 2006)

Fontes testemunhos:

- www.xxs-prematuros.com
- www.nascerprematuro.org

ANEXO XXI – Norma de Procedimento N.º UP 01/2011

	Norma de Procedimento N.º UP 01/2011	Elaborado em:	25/01/2011
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão:	25/01/2014

ASSUNTO: *Entrega de Cartas Terapêuticas ao Utente Pediátrico/Acompanhante na Urgência Pediátrica e UICD*

DESTINATÁRIOS: *Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HGO*

OBJECTIVOS: Uniformizar procedimentos relativos à intervenção de enfermagem dar carta terapêutica ao utente pediátrico/acompanhante

CONCEITO:

Em conformidade com Moules (1) as cartas terapêuticas diferem das cartas sociais no seu contexto, conteúdo, intencionalidade terapêutica e efeito, existindo evidência dos seus efeitos nos profissionais que as escrevem e nos clientes que as recebem.

A mesma autora ressalva então que a intervenção das cartas terapêuticas pode ser considerada um acto de enfermagem e cura, sendo que no âmbito de enfermagem tal intervenção tem sido utilizada para criar oportunidades de relações mais participativas e claras com os clientes, que promovam a reflexão. (1) Salienta-se, inclusive, que as cartas terapêuticas acontecem em ambiente de reciprocidade e relação, sendo que são escritas com cuidado e recebidas com amor, revelando potencial de cura, convidar à reflexão e mudança e fazer a diferença na vivência do sofrimento. (2)


Moules ressalva também a múltipla aplicabilidade das cartas terapêuticas nas diferentes áreas de atenção de enfermagem e contextos, sendo que os benefícios desta intervenção identificados pelos clientes se prendem com: possuir uma recordação do processo clínico que perdure no tempo; dispor de uma descrição das suas forças e sucessos; possibilidade de reviver diversas questões e reflectir novamente sobre elas; possuir lembranças, medidas ou marcas de mudança, como um testemunho do trabalho pessoal realizado; possuir um reconhecimento do seu sofrimento. (1)

White e Murray (3), reportando-se ao uso das cartas terapêuticas na interacção com adolescentes realçam mesmo o seu potencial no sentido de estabelecer comunicação entre profissional e cliente, identificação de forças, exteriorização e confronto de problemas, identificação de soluções.

No decorrer da aplicação desta intervenção, Moules salienta que se deve ter cuidado ao escolher o destinatário da carta, ao escrevê-la e principalmente atenção à reacção do cliente face à carta. (1) Acresce-se que as cartas terapêuticas, como intervenção, nos remetem para a preservação da integridade da relação estabelecida entre enfermeiro/cliente através do peso da palavra escrita. (2)

Para a dinamização da intervenção dar cartas terapêuticas e sua posterior avaliação é então fundamental, não só uma adequada avaliação familiar desde o acolhimento da criança e família na instituição de saúde, como toda uma apropriação de conceitos e uniformização de procedimentos.


Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa)	Revisto por: Orientador de Estágio: Enf.ª Helena Martins Enf.ª Chefe Paula Pereira	Aprovado por:
---	---	----------------------

	Norma de Procedimento N.º UP 01/2011 Continuação	Elaborado em:	25/01/2011
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão:	25/01/2014

<p>ASSUNTO: <i>Entrega de Cartas Terapêuticas ao Utente Pediátrico/Acompanhante na Urgência Pediátrica e UICD</i></p> <p>DESTINATÁRIOS: <i>Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HGO</i></p>

<p>DESCRIÇÃO: O enfermeiro deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar-se pelo nome; • Conhecer o nome pelo qual a criança/adolescente prefere ser chamado; • Acolher a criança/adolescente e família/accompanhante na urgência pediátrica; • Entregar carta terapêutica (formato Diploma de Bom Comportamento ou autocolantes de congratulação, entre outros) à criança/adolescente ou família/accompanhante, nos contextos de triagem, sala de enfermagem ou Unidades de Internamento de Curta Duração, tendo por objectivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acolher a criança e família no serviço de urgência pediátrica; ○ Promover relação de parceria entre equipa de enfermagem e criança/família; ○ Promover a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo a independência e bem-estar; ○ Motivar a criança e família para a assumpção dos seus papéis de saúde, diminuindo o impacto negativo associado a ida ao contexto de urgência, quadro de doença, procedimentos invasivos e/ou dolorosos e internamento hospitalar; ○ Optimizar processo de comunicação com criança/família. • Ao entregar carta terapêutica, explicar de forma adequada à criança/família o seu significado; • Registar, sempre que possível, em programa Alert®, a intervenção entrega de carta terapêutica, especificando a que esta foi entregue e em que contexto; • Em contexto de Unidade de Internamento de Curta Duração, mencionar o objectivo/intenção específica da intervenção e percepção por parte do enfermeiro do seu impacto no utente; • Ter disponível nos diversos contextos de trabalho, local próprio para o acondicionamento das cartas terapêuticas, que seja de fácil acesso.
--

<p>Elaborado por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa)</p>	<p>Revisto por: Orientador de Estágio: Enf.ª Helena Martins Enf.ª Chefe Paula Pereira</p>	<p>Aprovado por:</p>
---	--	-----------------------------

	Norma de Procedimento N.º UP 01/2011 Continuação	Elaborado em:	25/01/2011
		Revisão n.º	
		Próxima Revisão:	25/01/2014


<p>ASSUNTO: <i>Entrega de Cartas Terapêuticas ao Utente Pediátrico/Acompanhante na Urgência Pediátrica e UICD</i></p> <p>DESTINATÁRIOS: <i>Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HGO</i></p>

<p>INDICADORES DE AVALIAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que 100% dos Enfermeiros utilizem devidamente a norma

<p>REFERÊNCIAS:</p> <p>(1) Moules, Nancy. Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice, Nursing Inquiry. 2002; 9 (2):104-113.</p> <p>(2) Bell, Janice M, Moules, Nancy J, Wright, Lorraine M. Therapeutic Letters and the Family Nursing Unit: A Legacy os Advanced Nursing Practice. Journal of Family Nursing. 2009 Fev: 6-30. [Consult. 9 Abr. 2010]. Disponível em WWW:<URL: http://jfn.sagepub.com/cgi/content/abstrat/15/1/6>.</p> <p>(3) White, Victoria; Murray, Melissa A. Passing Notes: The Use of Therapeutic Letters Writing in Counseling Adolescentes. Journal of Mental Health Counseling. 2002 Abr; 24 (2): 166 -176.</p> <p>(4) Ordem dos Enfermeiros. Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2009.</p>

<p>Elaborado por:</p> <p>Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa)</p>	<p>Revisto por:</p> <p>Orientador de Estágio: Enf.ª Helena Martins Enf.ª Chefe Paula Pereira</p>	<p>Aprovado por:</p>
--	--	-----------------------------

ANEXO XXII – Norma de Procedimento N.º UCINP 01/2004

 Hospital Garcia de Orta, E.P.E. Serviço de Pediatria	Norma de Procedimento N.º UCINP 01/04	Elaborado em:	28/10/2004
		Revisão n.º 3	25/01/2011
		Próxima Revisão:	25/01/2014

ASSUNTO: Acolhimento ao Utente Pediátrico na admissão à UICD

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HGO

OBJECTIVO: Uniformizar critérios de actuação da equipa de enfermagem de forma a melhorar o acolhimento ao utente pediátrico

CONCEITO:

O acolhimento como acto de acolher implica, nas suas várias definições uma acção de aproximação, um "estar com" e "perto de", ou seja, uma atitude de envolvimento.

Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre família/utente e profissionais de saúde. O acolhimento gera relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta imprescindível nos cuidados de saúde. (1)

A finalidade do acolhimento é, por um lado, ajudar a criança/família a suprimir sentimentos negativos e, por outro, informá-los de aspectos organizacionais da instituição que as acolhe.

O acolhimento é uma das tarefas mais importantes dos cuidados de saúde e visa a promoção da segurança e conforto (...). É necessário fornecer ao UP explicações sobre a doença e a melhor forma de lidar com ela (...) prestando-lhes atenção e apoio, não apenas por razões humanitárias mas porque se concluiu que o sofrimento psicológico tem um efeito negativo na recuperação da doença e na adesão ao tratamento.(2)

A UICD da Urgência Pediátrica do HGO recebe crianças e jovens até aos 15 anos exclusive, com patologia que requer cuidados hospitalares com necessidade de internamento previsto de curta duração e adequando-se às necessidades de vigilância e cuidados, até uma estabilização.


ABREVIATURAS:

HGO – Hospital Garcia de Orta

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UP – Utente Pediátrico

Elaborado por: Isabel Antunes	Revisto por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa) Orientador de Estágio: Enf.ª Helena Martins Enf.ª Chefe Paula Pereira	Aprovado por:
---	---	----------------------

 Hospital Garcia de Orta, E.P.E. Serviço de Pediatria	Norma de Procedimento N.º UCINP 01/04 (Cont.)	Elaborado em:	28/10/2004
		Revisão n.º 3	25/01/2011
		Próxima Revisão:	25/01/2014

ASSUNTO: Acolhimento ao Utente Pediátrico na admissão à UCDI

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HGO

DESCRIÇÃO: O enfermeiro deve:

- Apresentar-se pelo nome;
- Conhecer o nome pelo qual a criança/jovem prefere ser chamado;
- Familiarizar o UP com o espaço físico, orientando-o dentro do serviço e indicando-lhe aspectos gerais do ambiente hospitalar;
- Apresentar o UP recém admitido aos outros utentes internados;
- Apresentar os membros da equipa de saúde;
- Fornecer informação faseada e adequada a cada situação;
- Informar sobre cuidados de saúde necessários e adaptados à situação clínica, utilizando linguagem adequada a cada UP;
- Tranquilizar e esclarecer os UP sobre todas as dúvidas e receios;
- Prestar aos acompanhantes a conveniente informação e orientação para que estes possam, se assim o entenderem, sob a supervisão dos profissionais de saúde, colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem internado; (3)
- Manter, sempre que possível, os hábitos da criança/jovem;
- Permitir e incentivar o uso de roupa e objectos pessoais;
- Demonstrar uma postura de total e permanente disponibilidade, mesmo quando se ausenta temporariamente da unidade;
- Valorizar as necessidades socioculturais do UP;
- Fornecer informação respeitante ao funcionamento do serviço, nomeadamente:
 - Possibilidade de 2 acompanhantes, pais/pessoa significativa, permanecerem junto da criança/jovem das 08:00 às 24:00 e apenas uma das 24:00 às 08:00 (por contingências do serviço), sendo esse um direito gratuito; (3)
 - Possibilidade de visitas mediante validação com o enfermeiro responsável pela unidade;
 - Disponibilidade de cacifos individuais, mediante solicitação da chave e em troca de um documento de identificação, com excepção do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão;
 - Possibilidade de efectuar chamadas telefónicas de curta duração, gratuitas, para a rede fixa, no telefone instalado no corredor das UICD;

Elaborado por: Isabel Antunes	Revisto por: Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa) Orientador de Estágio: Enf.ª Helena Martins Enf.ª Chefe Paula Pereira	Aprovado por:
---	---	----------------------



Serviço de Pediatria

Norma de Procedimento N.º UCINP 01/04 (Cont.)

Elaborado em:	28/10/2004
Revisão n.º 3	25/01/2011
Próxima Revisão:	25/01/2014

ASSUNTO: Acolhimento ao Utente Pediátrico na admissão à UICD

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do HGO

DESCRIÇÃO: (continuação)

- Fornecer informação respeitante ao funcionamento do serviço, nomeadamente:
 - Possibilidade de refeições gratuitas (almoço e jantar) para os acompanhantes da criança/jovem se a permanência junto deste for superior a 6 horas por dia e se verifique cumulativamente uma das seguintes condições: a criança/jovem se encontre em perigo de vida; a criança/jovem se encontre no período pós-operatório e até 48 horas depois da intervenção; o acompanhante seja a mãe que amamenta a criança internada; quando a criança/jovem se encontra isolada por razões de critério médico/cirúrgico; quando o acompanhante resida a uma distância superior a 30Km do local onde se situa o hospital.
 - (3) Aos fins-de-semana e feriados será atribuída uma senha que permite tomar o pequeno-almoço (não gratuito) no bar dos funcionários, por este ser o único em funcionamento;
 - Existência de instalações sanitárias exclusivas para os acompanhantes da criança/jovem no serviço. Se necessário, existe a possibilidade de realização de higiene pessoal em instalações apropriadas, existentes no 5.º piso, pertencentes aos serviços de internamento pediátrico;
- Registrar o acolhimento efectuado no diário de enfermagem a partir do texto pré-definido no Alert®, o qual foi baseado na lista de verificação para o acolhimento estabelecida na norma efectuada em 28-10-2004;
- Entregar aos pais/accompanhantes o folheto informativo sobre o Acolhimento na UICD.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Que 100% dos Enfermeiros utilizem devidamente a norma.

REFERÊNCIAS:

- (1)Merhy EE. (2002) Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec
- (2)Corney, R (2000). O desenvolvimento de perícias de comunicação e aconselhamento em medicina 2ª (Ed) Lisboa:Climepsi Editores
- (3)Portugal, Ministério da Saúde – Decreto-lei nº 106/09: Acompanhamento familiar em internamento hospitalar, “Diário da Republica”, Lisboa, I-A Série (178), 14-09-2009.
- (4)Hallström, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. International Pediatric Nursing
- (5)Instituto de Apoio à Criança [IAC] (2000). Carta da criança hospitalizada. Lisboa: IAC.
- (6)Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (1999). Carta dos direitos e deveres dos doentes Lisboa: DGS.

Elaborado por:

Isabel Antunes

Revisto por:

Marta Gomes (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa)
Orientador de Estágio: Enf.ª Helena Martins
Enf.ª Chefe Paula Pereira

Aprovado por:

ANEXO XXIII – Questionário de avaliação da percepção dos
enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas
terapêuticas



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Percepção dos Enfermeiros sobre a intervenção de entrega de cartas terapêuticas

Código de Identificação de Questionário (a preencher por mestrando): _____

Nota: Nos seguintes itens de escolha múltipla, por favor, coloque um X, de acordo com a opção com qual se identifica.

1. Caracterização

1.1 . Faixa Etária

Faixa Etária	20 a 30 anos	
	> 30 a 40 anos	
	> 40 a 50 anos	
	> 50 a 60 anos	

1.2. Sexo

Sexo	Feminino	
	Masculino	

1.3. Categoria Profissional

Categoria Profissional	Enfermeiro	
	Enfermeiro Graduado	
	Enfermeiro Especialista	

2. Intervenção: Cartas Terapêuticas

2.1. Na sua prática profissional já procedeu à entrega de cartas terapêuticas à criança/adolescente ou família? Sim

Se sim diga com que objectivo/intenção o fez (responda por favor nas linhas abaixo).

Não

2.2. Classifique, em termos de importância, a contribuição da entrega de cartas terapêuticas para o estabelecimento de uma relação de parceria entre a equipa de enfermagem e a criança/família

Nada Importante	Pouco Importante	Indiferente	Importante	Muito Importante

2.3. Qual a sua percepção face à reacção da criança/família aquando da entrega da carta terapêutica?

2.5. Tenciona dar continuidade a esta intervenção? Sim
Não

- **Sugestões** (indique as suas sugestões para continuidade ou melhoria desta intervenção de enfermagem)

Obrigado pela sua colaboração, Enf.^a Marta Gomes
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria, pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa