

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

Implementação de um Telefonema de Enfermagem de Acompanhamento Pós-alta da Criança e Família

Ana Margarida Fonseca Moreira

2011

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a stylized, flowing shape that resembles a wave or a ribbon, rendered in a light gray color.

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

Implementação de um Telefonema de Enfermagem de Acompanhamento Pós-alta da Criança e Família

Ana Margarida Fonseca Moreira

**Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de
estágio orientado(a) por:**

Maria de Lourdes Oliveira

Rita Ventura

2011



AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento deste projecto. A todos, deixo aqui expresso o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A hospitalização de uma criança constitui um acontecimento crítico, que representa desafios únicos, quer para a criança, quer para os pais e família.

O reconhecimento das necessidades emocionais da criança e família, entre outros factores, tem contribuído para a redução do tempo de internamento da criança, o que resulta na alta hospitalar, numa fase intermédia de recuperação, ainda com necessidade de cuidados e vigilância em casa. Como consequência, verifica-se, ainda, a diminuição do tempo disponível para a preparação da alta, o que pode aumentar o risco de complicações e readmissões hospitalares.

A participação parental nos cuidados à criança, durante a hospitalização, numa filosofia de parceria efectiva, favorece uma preparação para a alta mais eficaz. No entanto, muitas dúvidas podem surgir no regresso a casa, na ausência do suporte contínuo do enfermeiro, pelo que qualquer intervenção que favoreça uma transição saudável e eficaz estará inscrita numa prática de cuidados de qualidade.

Este relatório é o culminar de um percurso pessoal, construído com base numa metodologia de projecto de estágio, que emergiu da constatação desta realidade em contexto de trabalho, impulsionado pelo desejo de desenvolvimento de competências de Enfermagem especializadas na área da Saúde Infantil e Pediatria.

Como resultado, salienta-se a concepção e implementação de um projecto de telefonema de acompanhamento pós-alta à criança e família no Internamento de Pediatria do Hospital da Luz, como estratégia para dar resposta à problemática de partida, numa procura da melhoria contínua da qualidade de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem pediátrica, Qualidade de cuidados, Parceria de cuidados, Alta hospitalar, Telefonema de acompanhamento pós-alta.

ABSTRACT

☒ *The hospitalization of a child is a critical event that represents unique challenges for both the child and the parents/family.*

Recognizing the child and family's emotional needs has contributed, amongst other factors, for the reduction of the period of the child's internment. This may increase the number of complications and readmissions, as a result of clinical discharge in an intermediary stage of recovery with the patient still in need of care and surveillance at home and a decrease of available time to prepare the discharge.

The parental participation in the child's care during the hospitalization in a philosophy of a real partnership benefits a more effective discharge preparation. However, many doubts can occur at home in the absence of the continuous nurse support, reason why any intervention that contributes to an effective and healthy transition, will be considered in a policy of health care quality.

This report is the final phase of a personal journey, based on a methodology of a clerkship/thesis project that emerged from the realization of this fact in work context, moved by the desire of developing nursing competences specialized on the field of Child Health and Paediatrics.

As a result, it is emphasized the design and implementation of a post-discharge follow-up phone call to the child and family at the Pediatrics Inpatient Service of Hospital da Luz, as a strategy to respond to this problem, in a constant concern for the improvement of the health care quality.

KEY-WORDS: *Pediatric Nursing, Care Quality, Partnership of care, Hospital Discharge, Discharge follow-up phone-call.*

SIGLAS E ABREVIATURAS

AMPP	Atendimento Médico Permanente Pediátrico
CNSCA	Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente
DGS	Direcção Geral de Saúde
Dr.^a	Doutora
Enf.^(a)	Enfermeiro(a)
ESS	Espírito Santo Saúde
et al.	<i>et alii</i> (e outros)
HA	Hospital de Agudos
HFF	Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca
MDE	Manual da Direcção de Enfermagem
n.^o	número
p.	Página(s)
Prof.^(a)	Professor(a)
RN	Recém-nascido(s)
SIP	Saúde Infantil e Pediatria
SO	Serviço de Observação
SPA	Seguimento Pós-alta
Sr.^a	Senhora
UCIEN	Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais
UCIENP	Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos
UCIEP	Unidade de cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos
UCIN	Unidade(s) de Cuidados Intensivos Neonatais
UEIP	Unidade Especial de Internamento Pediátrico
UMAD	Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	10
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
2.1. A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	13
2.2. A HOSPITALIZAÇÃO EM PEDIATRIA.....	15
2.3. A PARCERIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	20
2.4. A PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA PARA A ALTA.....	22
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	27
3.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA ...	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
BIBLIOGRAFIA	53

ANEXOS:

ANEXO 1 - Cronograma de Estágio

ANEXO 2 - Guião de orientação e registo do telefonema de acompanhamento pós-alta
da criança e família

ANEXO 3 - Procedimento institucional do Projecto "A Luz acompanha-te!"

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio, do 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, que teve como ponto de partida o Projecto de Estágio desenvolvido na unidade curricular Opção II, sendo o seu objectivo sintetizar através de uma análise reflexiva o percurso desenvolvido durante o mesmo.

A hospitalização de uma criança representa desafios únicos, quer para a criança, quer para os pais e família, envolvendo uma série de implicações. Por outro lado, tem-se assistido a uma tendência para a redução do tempo de internamento da criança, o que resulta na alta hospitalar numa fase de recuperação intermédia, ainda com necessidade de cuidados e vigilância.

A participação parental nos cuidados à criança, durante a hospitalização, numa filosofia de parceria efectiva, favorece a preparação para a alta e, assim, a segurança e confiança dos pais na prestação de cuidados no domicílio. No entanto, muitas dúvidas podem surgir, já em casa, sem a presença e o suporte contínuo do enfermeiro, pelo que qualquer intervenção que favoreça uma transição saudável e eficaz estará inscrita numa prática de cuidados de qualidade, que conduzirá à satisfação e ao reconhecimento profissional.

A opção de desenvolver um Projecto no Internamento de Pediatria do Hospital da Luz, sempre foi uma prioridade, já que é o local onde me encontro, actualmente, a desempenhar funções, tendo sido elemento integrante da equipa de abertura do mesmo.

Apresentarei a caracterização do Internamento de Pediatria do Hospital da Luz, que me possibilitou identificar e validar algumas áreas de intervenção, sendo que a que me pareceu mais viável e com melhores garantias de implementação, foi o acompanhamento pós-alta da criança e família, pois, apesar de existirem outras lacunas, estas têm tido grandes obstáculos institucionais e de outros grupos profissionais, relacionados com o facto do Hospital da Luz ser uma instituição de gestão puramente privada.

Este projecto insere-se no tema, mais amplo, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que o enquadramento conceptual se inicia com uma breve reflexão sobre conceitos relacionados com a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Posteriormente, farei uma breve abordagem sobre a problemática da hospitalização em pediatria, dando ênfase às suas particularidades e suas repercussões para a criança e família, bem como à preparação para a alta e aos aspectos inerentes à mesma, o que, inevitavelmente, implica a introdução de conceitos como transição, parentalidade, participação parental, cuidados centrados na criança e família e parceria de cuidados.

A escolha do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, como quadro de referência, deve-se ao facto de considerar que a filosofia de cuidar subjacente a este modelo deve ser a base da actuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, implicando, por parte dos enfermeiros, uma mudança de atitude, de comportamentos e valores; uma aceitação e compreensão das capacidades dos outros; uma vontade de partilhar saberes e um grande empenho em comunicar com a criança e os pais de forma eficaz.

Os objectivos delineados traduzem as necessidades institucionais, do serviço e pessoais, enquanto enfermeira de pediatria, visando sempre o objectivo principal e último da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, os contextos de estágio seleccionados foram os que considerei mais pertinentes para os conseguir alcançar, sendo a sua justificação apresentada no respectivo capítulo.

Apresentarei de forma sintética as actividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a análise e reflexão crítica sobre as mesmas, demonstrando as competências desenvolvidas e as consequentes implicações para a prática, bem como as implicações éticas envolvidas.

Este Projecto de Estágio foi acompanhado por uma pesquisa bibliográfica extensa, na procura de evidência científica e actualizada, relacionada com os seus aspectos centrais, bem como, com todos os que foram surgindo ao longo das várias experiências vividas, sendo a bibliografia apresentada resultado parcial, mas demonstrativo, dessa ambição.

Em anexo, apresento ainda, o cronograma do projecto, o guião de condução do telefonema de acompanhamento pós-alta e o procedimento institucional do Projecto “A Luz Acompanha-te”.

Ao longo do relatório, será utilizado o termo criança, uma vez que a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990, estabelece no seu artigo 1º que “criança é todo o ser humano menor de 18 anos” (Organização das Nações Unidas, 1989, p.6). No entanto, nele está subjacente a consciência das várias fases do desenvolvimento infantil, bem como as suas especificidades.

Sendo este relatório resultado de um percurso tão pessoal e vivido na primeira pessoa, optei por utilizar uma escrita concordante com o mesmo, dada a conseqüente complexidade em escrevê-lo num estilo impessoal.

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O Hospital da Luz é uma das mais recentes unidades de saúde do Grupo Espírito Santo Saúde. Tendo iniciado actividade em Dezembro de 2006, este é um hospital privado, que tem como visão “*ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de excelência e inovação*” (ESPÍRITO SANTO SAÚDE [ESS], 2007, p. 6). Neste sentido, o corpo de enfermagem definiu como sua missão “*Prestar cuidados de enfermagem de excelência a todos os clientes que procuram o Hospital da Luz*” (ESS, 2007, p. 6).

O Internamento de Pediatria localiza-se, desde o dia 8 de Novembro de 2010, no Piso 2 do Hospital de Agudos (HA), constituindo, neste momento, um piso de internamento exclusivamente pediátrico. No entanto, nem sempre assim foi, uma vez que o Internamento de Pediatria esteve integrado, desde a abertura do hospital, na Área da Saúde da Mulher e da Criança, que incluía, igualmente, o Internamento de Ginecologia e Obstetrícia, sendo a equipa de enfermagem conjunta e com reduzida experiência em Pediatria.

O Internamento de Pediatria sofreu, recentemente, alterações profundas, com mudança de espaço físico e chefia. Este tem uma capacidade de 7 camas, em quartos individuais, passando a integrar também uma Unidade Especial de Internamento Pediátrica (UEIP), com 4 camas.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, importa dizer que esta é constituída por cerca de 16 elementos, incluindo a Sr.^a Enf.^a Responsável do Serviço Dália Caeiro. É uma equipa de enfermagem jovem, com cerca de 6,1 anos de experiência média em Pediatria, com muitos enfermeiros em regime de duplo emprego, em que três se encontram a completar formação pós-graduada em Enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediatria.

O Internamento de Pediatria recebe crianças até aos 15 anos, com necessidade de cuidados em meio hospitalar, podendo ser encaminhadas através do Atendimento Médico Permanente de Pediatria (AMPP), do Serviço de Observação (SO) pediátrico;

da consulta externa de pediatria ou de especialidades pediátricas; do Hospital de Dia Cirúrgico e da Unidade de Neonatologia.

A Pediatria é a área do hospital que tem vindo a sofrer um crescimento mais lento, sendo, conseqüentemente, alvo de um menor investimento pela administração. Assim, no ano de 2010, ocorreram 541 internamentos de Pediatria, mais 35 que no ano anterior, 58 dos quais na UEIP (nos meses de Novembro e Dezembro).

O serviço de Internamento de Pediatria é geral, pelo que pode receber crianças com necessidades de saúde quer na área médica, quer cirúrgica, urgente ou programada. Existe um predomínio dos internamentos da área médica (72%), sendo os motivos de internamento maioritariamente de causa infecciosa como infecções respiratórias, gastrointestinais, dos tecidos moles, do aparelho urinário, bacteriémias ocultas, meningites virais e bacterianas, para além de outras situações médicas, como crises asmáticas, Diabetes inaugural, púrpuras, Doença de Kawasaki, entre outras. A nível cirúrgico (28%), surgem maioritariamente situações programadas de cirurgia geral, urológica, ortopédica e de otorrinolaringologia, ocorrendo, ainda, situações mais específicas, como correcções cirúrgicas de craniocinestoses, de *pectus escavatum*, de fendas do palato e lábio leporino. Ressalta-se, ainda, o facto de os meses de Inverno serem aqueles em que se verifica uma maior afluência com predomínio da patologia do foro respiratório. Os internamentos no serviço são ainda caracterizados por serem relativamente curtos, apresentando uma demora média de cerca de 2,5 dias, reflectindo, este valor, muito mais do que a pouca complexidade das situações das crianças internadas.

A maioria dos internamentos é comparticipada por seguradoras, o que implica que, se o cliente pretender permanecer internado após a alta clínica, tenha que pagar os custos consequentes integralmente. Por outro lado, a maioria das entidades seguradoras utiliza tabelas estabelecidas de dias de internamento para os vários diagnósticos e/ou cirurgias, não comparticipando o internamento para além desses prazos, sem justificação médica escrita e considerada válida, o que não inclui a preparação para a alta. Assim, verifica-se, frequentemente, a alta de crianças com menos de 24h horas de pós-operatório; com talas gessadas, muitas vezes com necessidade de aprender a utilizar meios auxiliares de marcha; cateteres vesicais; sondas gástricas para alimentação entérica temporária; pensos complexos; cateteres venosos periféricos para administração de antibioterapia endovenosa em ambulatório; para além das situações

mais comuns de antibioterapia oral, aerossoloterapia, corticoterapia, entre outras. Verifica-se, ainda, a ocorrência de situações mais complexas, relacionadas com o diagnóstico inicial de doenças crónicas, como diabetes ou asma, que envolvem alterações mais profundas dos hábitos de vida, com processos de adaptação, por vezes, complexos, quer para a criança, quer para a família.

Perante esta realidade, a equipa de enfermagem vivência algumas dificuldades na preparação para a alta, principalmente nos casos em que a criança é submetida a cirurgia, pois, a maior parte das vezes, esta não tem conhecimento prévio sobre as condições em que a criança vai ter alta, tendo essa informação apenas no momento da visita médica, em simultâneo com a informação de alta clínica.

Numa tentativa de colmatar esta angústia, a equipa de enfermagem disponibiliza, no momento da alta, o número de telefone do serviço, para que os pais possam utilizar a qualquer momento.

Apesar da melhoria significativa da qualidade no atendimento ao cliente pediátrico no hospital desde a formulação inicial deste projecto, consequência das mudanças recentes, o problema mantém-se, agravando-se ainda pela limitação do reduzido número de camas. Assim, uma vez que a equipa de enfermagem pediátrica se encontra receptiva a mudanças que visem a melhoria dos cuidados à criança e família, pareceu-me útil continuar a apostar neste projecto, de forma a implementá-lo no novo serviço. Por outro lado, novas dificuldades emergem para a equipa de enfermagem, sendo uma delas a sua experiência, quase nula, em cuidar de crianças com necessidades de cuidados de saúde intermédios ou especiais.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Numa perspectiva deontológica, a criança e família têm o direito a uma prestação de cuidados com o mais alto nível de qualidade científica, técnica e humana, ou seja, a cuidados de excelência. Só dessa forma se respeita a sua dignidade, enquanto pessoas, pelo que qualquer acto ou tomada de decisão do enfermeiro, no desempenho quotidiano da sua profissão, exige competência e aperfeiçoamento profissional contínuo.

2.1. A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O primeiro quadro de referência da excelência do exercício da enfermagem está inscrito no Código Deontológico, quer como um princípio orientador, quer como uma exigência, onde se afirma que “o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício” (DECRETO-LEI n.º 104/98, de 21 de Abril, p.1755). Nesta perspectiva, e na configuração dos deveres definidos pelo código deontológico, estamos sempre perante a necessidade de um cuidado excelente, na lógica do competente, do correcto e do ético.

Qualidade é um conceito consensualmente difícil de definir, pois depende muito dos olhos e perspectiva com que é vista. Para Hesbeen (2001), a qualidade é entendida, muitas vezes, como excelência ou perfeição, no entanto, estas palavras encerram em si a estabilidade e o limite, pelo que “o melhor que podemos fazer é esforçarmo-nos por obter a qualidade, considerando que a qualidade é um *continuum* que medeia a mediocridade e a excelência” (p. 47), encontrando-se em permanente processo de invenção, criação e em constante evolução, como um caminho sem fim.

Mezomo (2001, p. 183) refere que “a melhoria contínua da qualidade é um processo organizacional estruturado para envolver as pessoas no planeamento e execução de um fluxo contínuo de melhorias nos sistemas, de modo a oferecer cuidados de saúde que atendam e excedam as expectativas dos clientes”.

Por sua vez, Hesbeen (2001, p.52) descreve que “uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, (...) procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova do talento destes profissionais”. Assim, a qualidade dos cuidados de enfermagem está sempre directamente relacionada com a situação vivida por pessoas que se encontram e caminham juntas, uns recebendo cuidados e outras prestando-os, sendo esta fortemente marcada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida (HESBEEN, 2001).

Mezomo (2001) refere, mesmo, que a qualidade das pessoas constitui a verdadeira base do processo de melhoria da qualidade de qualquer organização, pois é esta qualidade que os clientes externos percebem e avaliam.

Tendo em conta a importância de assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2001) definiu seis categorias de enunciados descritivos, pretendendo que estes constituam um instrumento importante na definição do papel do enfermeiro. Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro:

- persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes;
- ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
- previne complicações para a saúde dos clientes;
- maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde, com o cliente;
- contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Uma prática de cuidados de qualidade será fruto, por um lado, do desejo do prestador de cuidados de reforçar e potenciar criativamente os recursos e aptidões pessoais; e por outro, da procura da satisfação pelos resultados obtidos, ou, pelo menos, pelas intenções que impulsionaram a acção desenvolvida (HESBEEN, 2001).

2.2. A HOSPITALIZAÇÃO EM PEDIATRIA

Ser criança está fortemente associado a uma condição de dependência e fragilidade inerente à sua imaturidade biológica, social e afetiva, requerendo uma protecção particular, que deverá ser tanto maior, quanto o seu grau de vulnerabilidade (ALMEIDA, 2006). Da mesma forma, e considerando a vulnerabilidade como “um estado de menor resistência às agressões” (ANAUT, 2005, p.27), estar doente impõe à pessoa, um grau de dependência e fragilidade, quer física, quer psíquica, tornando-a ainda mais vulnerável a possíveis ameaças externas. Assim sendo, é indiscutível que ser criança doente aumenta a sua vulnerabilidade, exigindo por isso maior protecção, podendo, essa vulnerabilidade, ser, ainda agravada pela falta de preparação ou simples distração dos seus cuidadores. Desta forma, os pais e os enfermeiros, enquanto cuidadores da criança, são responsáveis por ela e pela concretização dos seus direitos, o que leva Almeida (2006, p.294) a afirmar que “a vulnerabilidade da criança é (...) nesta dinâmica relacional, a medida do seu cuidador”.

Por outro lado, Pettengill (2003) identificou os elementos definidores da vulnerabilidade de pais que experienciam a hospitalização de um filho, sendo a vulnerabilidade destes definida como uma sensação de ameaça à sua autonomia, sob pressão da doença, da família e dos profissionais de saúde (PETTENGILL e ANGELO, 2006).

A noção de vulnerabilidade faz-nos reflectir acerca da importância do enfermeiro reconhecer as suas manifestações, para se antecipar a elas, propondo intervenções adequadas que permitam à criança e família manter-se fortalecidas.

A filosofia do Cuidar em Saúde Infantil e Pediatria tem sofrido grandes alterações nas últimas décadas. Com o desenvolvimento das ciências médicas, humanas e sociais, muitas mudanças ocorreram na forma de ver e cuidar da criança e família.

A consciência de que a doença e hospitalização são traumáticas não apenas para a criança, mas também para a família, levou ao descentrar do foco de atenção da patologia para a criança e família (MATOS *et al.*, 2001). Porém, embora a hospitalização assuste tanto as crianças como os pais, pode ser, também, encarada como uma experiência positiva, onde a criança ao aprender a dominar os receios e a ansiedade inerentes à hospitalização, consegue desenvolver a sua auto-estima e maturidade (BRAZELTON, 2005). Neste sentido, tem sido cada vez maior a preocupação, das

instituições, profissionais de saúde e responsáveis políticos, com a humanização dos serviços e cuidados de saúde (PAVÃO, 1996).

Assim, é entendido como Hospital Humanizado aquele que “(...) *em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se ao serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade*” (MEZOMO, 2001, p. 276).

Sem dúvida que a doença e o internamento hospitalar representam uma situação de crise para a criança e família, um período em que as funções e dinâmica dos vários membros ficam em desequilíbrio, em que a influência dos pais na satisfação das necessidades físicas, psicológicas, educacionais e sociais da criança pode estar diminuída (MATOS *et al.*, 2001).

Como vimos, as crianças são particularmente vulneráveis à doença e hospitalização, uma vez que estas representam uma ruptura do seu bem-estar e das suas rotinas, possuindo mecanismos reduzidos e pouco eficazes para se adaptarem e enfrentarem as experiências stressantes. Esta vulnerabilidade é, ainda, agravada pelo ambiente desconhecido, estímulos assustadores, procedimentos dolorosos, restrições físicas e separação das pessoas significativas, estando a reacção das crianças relacionada com a sua maturidade, as experiências anteriores, a gravidade da doença e a abordagem da equipa multidisciplinar (SANDERS, 2009).

Estudos, nesta área, demonstraram que a hospitalização pode trazer, de facto, consequências para a criança, a curto e médio prazo, como atitudes depressivas, de negativismo, de pânico e de apatia, comportamentos de regressão, ansiedade, agressividade, e alterações do padrão de alimentação e do sono (BARROS, 2003; SANDERS, 2009).

Ainda assim, reconhece-se que muitas das consequências da hospitalização, consideradas problemáticas, podem não ser evidentes durante o tempo passado no hospital, mas só começarem a ser interpretadas, como tal, no período imediatamente a seguir, quando a criança regressa a casa e tem de retomar os hábitos e as rotinas quotidianas (BARROS, 2003).

Por outro lado, não podemos esquecer que os pais da criança doente e internada têm de confrontar as suas próprias dúvidas e ansiedades e, ao mesmo tempo, continuar a assegurar um papel profissional e o funcionamento quotidiano da família, enquanto

tentam ajudar a criança a controlar os seus medos. Porém, nem todos os pais estão preparados para desempenhar esta multiplicidade de funções numa situação de crise.

Assume-se consensualmente que os pais são as pessoas mais relevantes para que a criança vivencie de forma saudável as diversas etapas do desenvolvimento, bem como, as adversidades que enfrenta nesse percurso, o que nos conduz ao conceito de parentalidade.

O exercício da parentalidade pode ser entendido, de acordo com Sousa e Sousa (2007, p.12), como “a assumpção da responsabilidade de cuidar de um filho ao longo do seu desenvolvimento. Implica desempenhar um papel activo e eficaz, que os pais se sintam vinculados e que possuam os conhecimentos e as capacidades para o desempenho do papel de ser pai ou mãe”. Por sua vez, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a parentalidade é definida como “tomar conta: 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, 2010). O papel parental é, assim, inquestionavelmente, um dos mais importantes, ameaçadores e gratificantes desafios que uma pessoa tem de assumir no seu percurso de vida, envolvendo transições que geram instabilidade e que requerem uma adaptação contínua ao nível dos comportamentos, conhecimentos e auto-identificação como pais (SOUSA e SOUSA, 2007).

O exercício da parentalidade não se resume apenas à responsabilidade de decidir sobre o que é melhor para a satisfação das necessidades da criança quando esta se encontra saudável, no seu ambiente familiar, tornando-se, igualmente, importante quando a criança se encontra hospitalizada.

A hospitalização constitui, no entanto, um evento que pode alterar o exercício da parentalidade, pois esta requer que os pais compreendam a realidade da criança doente, consigam gerir incertezas e adquiram novos saberes e competências, o que, na maioria das vezes, os conduz a uma nova identidade que Sousa e Sousa denominaram de “prestadores de cuidados especiais” (2007, p.12).

A presença dos pais é, consensualmente, aceite como uma das medidas mais importantes para reduzir a ansiedade da criança, sendo esse direito consagrado em Portugal desde 1981, e reforçado pela Lei n.º 106 de 14 de Setembro de 2009. Este passo fez emergir a necessidade de partilha dos cuidados com os pais, cujos limites ainda são difíceis de definir, pelo que o conceito de parceria tem adquirido uma crescente importância.

Ainda assim, apesar das mudanças nos serviços e a preocupação com a necessidade de suporte aos pais, a hospitalização inesperada ou não, afecta mesmo as famílias funcionais e bem organizadas, e até as doenças de menor gravidade e os internamentos de curta duração, podem ser traumáticos (TEARSE e SMITH, 2004).

Por outro lado, as actividades de se ser pai, geralmente de âmbito privado, passam a tornar-se públicas, desempenhadas sob o olhar dos profissionais de saúde, com necessidade de incorporar, muitas vezes, actividades de enfermagem (LEE, 2004), o que levou Darbyshire (1994) a introduzir o conceito de “parentalidade em público” de forma a enfatizar a complexidade desta situação (JACKSON e DARBYSHIRE, 2006-7).

Esta linha de pensamento conduz-nos, assim, ao conceito de participação parental, entendida como a satisfação das necessidades da criança hospitalizada pelos pais, ao nível do que estes desejam e que lhes é confortável (LEE, 2004). O envolvimento dos pais nos cuidados ao filho faz parte da filosofia do Cuidar em Pediatria, sendo reconhecida como fundamental para a saúde e bem-estar da criança e dos pais, e para a redução dos efeitos traumáticos da hospitalização, uma vez que contribui para a diminuição da tensão entre a equipa de saúde e os pais, para a redução do tempo de internamento da criança e para o aumento da satisfação com os cuidados prestados (KRISTENSSON-HALLSTRÖM, 1999).

A extensão em que os pais desejam participar nos cuidados à criança pode ir, desde o envolvimento total, até à completa submissão aos enfermeiros, sendo esta influenciada pelas suas características individuais; pela idade e condição de saúde da criança; pelo tipo de doença e pela duração do internamento (KRISTENSSON-HALLSTRÖM, 1999). No entanto, segundo a mesma autora (1999), o nível de participação dos pais nos cuidados à criança depende, principalmente, do estilo de enfermagem e da comunicação estabelecida com os enfermeiros. Esta ideia é reforçada por

Pongjaturawit e Harrigan (2003) que identificam a cooperação e a parceria entre os enfermeiros e os pais como factores facilitadores da participação parental.

A parceria como elemento central da Enfermagem Pediátrica e deste projecto, será posteriormente alvo de uma maior reflexão, no entanto, Lee (2004), constata que a participação parental é vista como uma questão de poder que os enfermeiros desejam manter, com receio de que seja posta em causa a sua identidade profissional, o que dificulta o processo de negociação e a implementação de uma efectiva parceria de cuidados.

Assim, o papel do enfermeiro é crucial, devendo utilizar estratégias de comunicação e suporte que lhes permitam compreender e responder adequadamente às crianças e aos pais que estão em situação de grande tensão, ansiedade, dúvida e medo. Os enfermeiros têm de perder o medo de comunicar de uma forma aberta e segura, que reconheça claramente os direitos dos pais a serem informados e a participar activamente nas tomadas de decisão e nos cuidados a prestar ao seu filho.

Introduzo, aqui, o conceito de resiliência de Grotberg (2005) definido como “*a universal capacity which allows a person, group or community to prevent, minimize or overcome the damaging effects of adversity*”, que resulta da combinação de três potenciais fontes de resiliência: os suportes externos (*I have*); os suportes internos (*I am*) e as competências sociais e pessoais que se possui (*I can*).

Ao promover a autonomia, fornecendo informação adequada à criança e família, o enfermeiro integra os suportes externos e facilita o seu papel activo na tomada de decisão, conferindo-lhe confiança e segurança, o que contribui para o fortalecimento das suas competências. Os enfermeiros têm, assim, que desenvolver abordagens cada vez mais centradas na criança e família e promover o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

2.3. A PARCERIA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A abordagem anterior é, claramente, o reflexo da filosofia de cuidados centrados na criança e família e conduz-nos ao conceito de parceria de cuidados.

Smith define cuidados centrados na família como *“the professional support of the child and family through a process of involvement, participation and partnership underpinned by empowerment and negotiation”* (SMITH, COLEMAN e BRADSHAW, 2006, p.78).

Por sua vez, Johnson e colaboradores (2008, p.vi) defendem a evolução do conceito para cuidados centrados no doente e família, definindo-o como *“an approach to the planning, delivery, and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships among health care providers, patients, and families”*. Assim, identificaram como pressupostos centrais: a dignidade e respeito (os conhecimentos, valores, crenças e cultura são incorporados no planeamento e prestação do cuidado); a partilha de informação (como partilha de poder); a participação (na extensão desejada); e a colaboração (entre todos os níveis do sistema).

Estes pressupostos podem ser, igualmente, reconhecidos no conceito de parceria de Gomes (2002, p.108), que representa *“um processo dinâmico e negociado, em conjunto por duas partes, (...), aproveitando saberes, querereres e sentires de cada um, respeitando as crenças e saberes (...) no intuito de alcançar um objectivo comum”*.

Anne Casey (1993) desenvolveu um Modelo de Parceria de Cuidados, para aplicação no contexto específico da enfermagem pediátrica, que se baseia no princípio de que, mesmo em situação de doença, a família é quem melhor cuida da criança, respeitando e valorizando a perícia dos pais nos cuidados ao seu filho. Nesta perspectiva, a autora (1993) centra o foco de atenção da Enfermagem Pediátrica na criança, incluindo os pais e família como parceiros nos cuidados. Esta define, assim, Enfermagem Pediátrica em termos das acções desenvolvidas para promover, manter e recuperar o bem-estar da criança, sendo estas:

- cuidados de enfermagem e cuidados familiares com o intuito de responder às necessidades da criança, de forma a conseguir alcançar o seu máximo potencial;
- suporte à criança e família para promover a adaptação à situação e manutenção das suas funções;

- ensino de conhecimentos e competências para tornar a criança e família autónomas da equipa de cuidados de saúde;
- encaminhamento e referenciação da criança e família para outros membros da equipa de cuidados sempre que necessário.

Embora Casey faça a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem, esta não define fronteiras rígidas, valorizando uma abordagem de cuidados flexível, em que, por vezes, o enfermeiro tem que desempenhar actividades inerentes aos cuidados familiares, da mesma forma que os pais devem ser capazes de tomar a seu cargo algumas actividades relacionadas com os cuidados de enfermagem, desde que tenham recebido formação adequada e supervisionada por profissionais (FARREL, 1994).

Segundo a referida autora (1993), não existe dúvida de que, estando uma criança aos cuidados de um enfermeiro, este é responsável por lhe garantir os mais elevados padrões de qualidade de cuidados. Assim, quando o enfermeiro toma a decisão de “delegar” cuidados aos pais, ou mesmo à criança, este permanece responsável pelos mesmos, mantendo, de certa forma, essa responsabilidade, quando esses cuidados se estendem para o domicílio.

Este modelo de parceria contribui para assegurar essa continuidade de cuidados, e envolve a transmissão de conhecimento e competências, à criança e aos pais, para que possam executar os cuidados necessários de forma segura, sendo esta “certificação de competências” para a sua execução sem supervisão, uma forma de tomada de decisão profissional. Desta forma, qualquer ensino, bem como as capacidades através dele adquiridas, deve ser registado, para que a restante equipa tenha conhecimento do respectivo percurso (CASEY, 2003).

No entanto, o ensino não é, por si só, suficiente. Uma vez em casa, a criança e família, tendem a perder a segurança e capacidade para executar os cuidados, prestados no hospital, pois o enfermeiro já não está presente, em permanência, para ajudar em caso de necessidade ou dúvidas. Logo, qualquer enfermeiro que “delegue” este tipo de cuidados aos pais tem, assim, o dever de garantir o suporte posterior adequado, pelo que estes devem saber sempre onde recorrer, podendo mesmo, essa ajuda, estar do outro lado do telefone (CASEY, 1993).

Como vimos anteriormente, num momento em que a alta hospitalar da criança se faz de uma forma cada vez mais precoce, a parceria de cuidados adquire uma importância

ainda maior. Esta pressupõe que a criança e família desenvolvam competências e confiança nas suas habilidades, sendo a chave para esta relação dar poder à família, através da partilha de conhecimento e informações (MANO, 2002).

Deste modo, Marinheiro (2002, p.55) defende que a parceria constitui “um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização familiar, reconhecendo aos pais o direito de decidir sobre o que é importante para o seu filho doente e para todo o sistema familiar (...) é vista como um *continuum* e a família tem a opção de estar em qualquer lugar desse *continuum* consoante as suas capacidades e necessidades”.

O conceito de parceria parece, assim, crucial na definição de uma prática de enfermagem de qualidade em pediatria, pois, após a hospitalização, a criança precisa de continuar a ser cuidada de forma consistente, a família necessita de manter-se como um todo funcional e os pais de continuar no seu papel de cuidadores seguros e auto-confiantes.

2.4. A PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA PARA A ALTA

Meleis e Trangenstein (1994) identificaram como foco de atenção da disciplina de Enfermagem os processos e as experiências relacionados com as transições que os seres humanos vivenciam, definindo-a como facilitadora dos mesmos, com o intuito de promover uma sensação de bem-estar. Esta definição introduz, ainda, o conceito de transição que, por sua vez, é descrito como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro.

Meleis propôs, assim, a transição como um dos conceitos centrais da Enfermagem, pois “*nurse-client encounters often occur during transitional periods of instability precipitated by developmental, situational, or health illness changes.*” (SCHUMACHER e MELEIS, 1994, p.119).

De facto, acompanhar as pessoas ou comunidades nos processos de transição, que influenciam a sua saúde, tornou-se um desafio para os enfermeiros antes, durante e após a mudança acontecer (MELEIS, 2007).

Quer a hospitalização, quer a alta hospitalar constituem exemplos de transições que requerem a atenção dos enfermeiros. A utilização de novas tecnologias, as políticas de seguros relacionados com a hospitalização e o aumento dos custos da hospitalização têm conduzido a que as pessoas tenham altas hospitalares mais precoces e continuem a sua recuperação em casa. Esta realidade traz novos desafios para a enfermagem, e torna o processo de transição mais complexo, pois requer abordagens diferentes para conseguir manter o objectivo de facilitar a recuperação e manter a saúde (MELEIS, 2007).

A hospitalização implica, necessariamente, um planeamento e preparação da alta que envolve sempre e ensino e instrução sobre a continuidade dos cuidados em casa e a vigilância associada. Esta, dependendo da situação, pode ser relativamente simples ou tornar-se bastante complexa. No entanto, saliento Hessbeen (2001) que defende que só quando o cuidar tem como horizonte a saúde da pessoa é que o enfermeiro toma consciência de que não há situações de cuidados simples ou complexas, mas sim situações únicas e diferentes umas das outras.

O reconhecimento das necessidades emocionais da criança e das consequências da hospitalização, associado aos aspectos referenciados anteriormente, tem levado a que a maioria das crianças tenha alta hospitalar num período intermédio de recuperação, em vez de na fase final da mesma, ainda com necessidade de continuidade de cuidados em casa (LERRET, 2009).

Em Portugal, a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009), seguindo a mesma linha de pensamento, define como objectivo de um Serviço de Pediatria “prestar cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente, por profissionais qualificados, num espaço amigo da criança, do adolescente e da família, privilegiando o atendimento em ambulatório” (p.35), defendendo que “o internamento das crianças com situações agudas e urgentes deve ser o mais curto possível e com continuidade de cuidados em Hospital de Dia ou no domicílio” (p.76).

Uma das consequências desta mudança, segundo Lerret (2009) é haver menos tempo para a preparação da alta da criança e família, o que pode aumentar o risco de complicações e readmissões hospitalares.

No entanto, Ahmann (2004) defende que para preparar a alta hospitalar no reduzido tempo disponível, os enfermeiros têm que reconhecer que o ensino não é um aspecto independente das outras actividades de enfermagem, pois está integrado em todas as interacções com a criança e família e em tudo o que os profissionais de saúde fazem. É esta a ideia que está subjacente à expressão, dita muitas vezes sem pensar, de que a preparação para a alta começa na admissão. Ter a noção de que tudo pode ser tempo de ensino de qualidade, permite ao enfermeiro controlar e conduzir esse processo intencionalmente, através das quatro componentes que o envolvem: estar atento, ensinar em todas as oportunidades, personalizar o ensino e colaborar com os outros elementos da equipa de saúde para atingir os objectivos pretendidos.

Da revisão sistemática da literatura de Lerret (2009) sobre a preparação da alta de crianças hospitalizadas, emergiram quatro conceitos relacionados entre si: suporte, identificação das necessidades individuais, educação e comunicação. Por sua vez, estes foram englobados noutros dois conceitos, que vão de encontro à linha de pensamento da autora anterior: interacções significativas e promoção da confiança. O primeiro conceito enfatiza a importância de cada interacção, como meio de suporte e ensino à criança e aos pais, tendo em conta as suas necessidades educacionais e emocionais, de forma a que estes se sintam preparados e confiantes no regresso a casa. O desenvolvimento dessa confiança favorece uma prestação de cuidados, após a alta, bem sucedida e confere segurança para recorrer à equipa de saúde sempre que necessário.

O estar preparado para a alta é um aspecto crucial para a transição do hospital para casa. Este sentimento tem sido descrito como um fenómeno multidimensional e com múltiplas fases, que proporciona a percepção da capacidade para deixar o hospital, e que inclui aspectos fisiológicos, funcionais, cognitivos, afectivos, psicológicos, bem como limitações, competência da criança e família, suporte social, e acesso ao sistema de saúde e recursos da comunidade (LERRET, 2009).

A preparação das crianças e família para a transição do hospital para casa exige competência para proceder ao respectivo planeamento e sua implementação. Esta preparação, como vimos, deve ser, idealmente, iniciada logo na admissão, resultando de um trabalho multidisciplinar que deverá envolver sempre a criança, os pais e tantos outros profissionais, quantos os necessários, de acordo com a especificidade da

situação (SANDERS, 2009). O enfermeiro adquire aqui um papel essencial, através do planeamento, preparação e coordenação para uma transição de sucesso para casa.

Esta transição tem diversas implicações para a criança e família, dependendo, quer das razões da hospitalização, quer da complexidade dos cuidados necessários para continuar o processo de recuperação em casa. Assim, as necessidades dos pais devem ser identificadas, para que consigam prestar o suporte e os cuidados adequados à criança, no período após a alta, de forma a garantir resultados óptimos (LERRET, 2009).

Segundo Matos e colaboradores (2001), a informação à criança e família visa, o auto-cuidado, hábitos de vida e comportamentos preventivos, o reconhecimento de sinais e sintomas de complicações, e a identificação de problemas que requerem a intervenção da equipa multidisciplinar

Porém, o stresse provocado pela situação de internamento diminui a capacidade dos pais e criança para receber e compreender muitas das informações transmitidas (SANDERS, 2009), pelo que qualquer iniciativa que promova essa compreensão é benéfica para todos.

De acordo com Lerret (2009) e tendo em conta todos os aspectos anteriormente retratados, a transição para casa deve envolver o suporte dos pais e criança, antes, durante e após a alta. Assim, este suporte deve estender-se também ao período de transição, tendo sido identificado como útil, através da evidência científica, o acompanhamento de enfermagem sob a forma de visita domiciliária ou telefonema de *follow-up* pós-alta.

O telefonema de acompanhamento pós-alta demonstrou também constituir um instrumento útil em vários outros estudos.

Huth e Broome (2007) concluíram que o telefonema de *follow-up*, no dia a seguir à cirurgia realizada em ambulatório, é útil para a redução significativa da dor na criança, ao fornecer ao enfermeiro informações necessárias para a promoção da adesão dos pais aos protocolos de controlo de dor.

O estudo de Czarnecki, Garwood e Weisman (2007) corrobora estes achados, ao concluir que o telefonema de *follow-up*, realizado por um enfermeiro, favorece a construção de uma relação de confiança com os pais e a identificação de factores que

podem facilitar ou interferir no controlo da dor no domicílio. Este descreve ainda, que os pais relataram uma sensação acrescida de segurança e satisfação após o telefonema.

Barnes (2000) conclui, ainda, que o telefonema de *follow-up* proporciona uma oportunidade para avaliar a preparação e os conhecimentos dos pais, identificar aspectos da prática que necessitem de reflexão e melhoria, determinar a adesão às instruções para a alta e obter a impressão geral sobre os cuidados de enfermagem.

De facto, a avaliação da preparação da alta torna-se fundamental, e é tanto mais importante quanto o suporte e/ou a complexidade dos cuidados necessários. Os principais aspectos que devem ser tidos em conta na avaliação da preparação para a alta incluem, assim, o agravamento do estado de saúde e/ou necessidade de reinternamento, o desenvolvimento físico e psicológico da criança, as consequências na gestão familiar, bem como a utilização dos recursos previstos ou necessidade de outros (SANDERS, 2009).

Como vimos, a Telemedicina tem vindo, progressivamente, a ser implementada em diversas instituições de saúde, em que se incluem alguns serviços de pediatria. Este é mesmo um recurso recomendado pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009, p.55) que defende que “os Serviços de Pediatria deverão promover a incorporação da Telemedicina na sua actividade sempre que tal permita melhorar a oferta e a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a formação dos seus profissionais”.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com o intuito de ir ao encontro da problemática descrita e de acordo com a evidência científica sintetizada no enquadramento anterior, foram definidos os objectivos para este projecto, bem como as actividades para os alcançar, que emergiram da finalidade de:

- ❖ Contribuir para melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente pediátrico, no Internamento de Pediatria do Hospital da Luz.

Assim, os objectivos delineados foram:

- Implementar um telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta ao cliente pediátrico, no Internamento de Pediatria
- Elaborar um procedimento normativo para a realização do telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta.

Paralelamente, foram definidos mais dois objectivos, que emergiram de necessidades relacionadas com o actual contexto do Internamento de Pediatria, e que trarão igualmente contributos importantes para a concretização dos objectivos anteriores, nucleares no desenvolvimento deste projecto, sendo eles:

- Garantir a harmonização dos procedimentos e da informação prestada pela equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família com necessidade de cuidados especiais.

Para conseguir dar resposta a estes objectivos, foram seleccionados os locais de estágio que considere constituírem os que melhores contributos poderiam proporcionar. Assim, em contexto de Urgência Pediátrica, investi na aquisição de competências ao nível da triagem, tendo, para tal, seleccionado o próprio Atendimento Médico Permanente Pediátrico (AMPP) do Hospital da Luz, no sentido de perceber e conhecer os decisores definidos pela própria equipa multidisciplinar e incorporá-los na realização e condução do telefonema.

A Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos (UCIENP) do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), constituiu um óptimo contexto de

estágio, pois permitiu, não só, acompanhar um projecto semelhante de seguimento telefónico após a alta, em contexto de cuidados neonatais, e desenvolver competências na prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, mas também, observar o projecto de visitação domiciliária após a alta hospitalar e a articulação com os cuidados de saúde primários, acompanhando a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD).

Posteriormente e por último, seleccionei o Internamento Pediátrico do Hospital da Luz, onde exerço funções e onde pretendo implementar este projecto, no sentido de operacionalizar e concretizar o mesmo.

Na verdade, desenvolver este projecto em contexto de trabalho permitiu-me mobilizar alguns dos recursos disponibilizados pelo Hospital da Luz, contar com os conselhos, pareceres e opiniões dos vários elementos da equipa de saúde, mas acima de tudo, obriga-me a fazer mais e melhor.

O cronograma, apresentado em anexo (Anexo 1), representa a gestão do tempo no planeamento do projecto, não tendo este sofrido alterações significativas.

Ao longo deste projecto, foram mobilizados e necessários vários recursos físicos, materiais e humanos, relacionados ou não com os locais de estágio seleccionados, e implícitos nas actividades descritas posteriormente.

Apesar de não constituir a finalidade do estágio, dado o projecto em desenvolvimento, fiz questão de integrar a prestação de cuidados de enfermagem, nos diferentes contextos, sempre numa perspectiva de observação participante e colaboração, uma vez que considero que é no contacto com as crianças e famílias em diferentes contextos e a vivenciar diferentes situações que enriquecemos o nosso conhecimento profissional, e adquirimos competências que nos permitirão adaptar a novas situações, sendo este um dos pressupostos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil de Pediatria. Por outro lado, é essa parte relacional que traz prazer ao nosso exercício enquanto enfermeiros, pelo que não conseguiria deixar de aproveitar esta oportunidade para a aprofundar, enriquecer e fortalecer, com experiências novas e únicas em diferentes contextos.

À partida, a escolha do AMPP do Hospital da Luz poderia não parecer a mais adequada, uma vez que está integrado numa instituição privada, que, por sua vez, é a instituição onde exerço funções como enfermeira de pediatria. No entanto, esta opção foi feita tendo em conta aspectos que vão para além da facilidade de conciliação de horários. Assim, o facto de conhecer elementos da equipa, as políticas da instituição e o aplicativo informático de registo de dados (apesar dos instrumentos de avaliação e registo serem diferentes) facilitou a integração no serviço de urgência, e como consequência, as aprendizagens desenvolvidas, contornando a curta duração do estágio.

Por outro lado, faz-me sentido que existindo um procedimento de triagem elaborado pela equipa do AMPP, este fosse integrado, de certa forma, no telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta. Apesar do projecto, em si, não ter como objectivo a triagem das crianças, propriamente dita, esta assume um aspecto importante a considerar, no sentido em que poderá ser necessário proceder a uma avaliação sistematizada da criança, e ter em conta sinais de alarme, caso esta apresente recorrência ou surgimento de novos sintomas, na sequência da alta. Ter em atenção este aspecto permitirá que o telefonema constitua um procedimento mais seguro e eficaz, na avaliação, aconselhamento e encaminhamento, sempre que necessário.

O contexto de urgência é bastante diferente do internamento, pois neste não é possível um planeamento e sistematização dos cuidados ao longo do turno, sendo necessária uma adaptação constante a cada momento, devido à grande rotatividade de situações, o que gera uma variabilidade de sentimentos e tensões assustadoramente elevada. Esta característica, para quem não está habituado ao contexto de urgência, é sem dúvida, geradora de receios, ansiedade e tensão, dada a necessidade de alerta permanente, pois rapidamente se passa de um momento tranquilo para outro em que somos assaltados por solicitações simultâneas, que exigem uma redefinição de prioridades quase instantânea. Por outro lado, a equipa de enfermagem é responsável por um elevado número de crianças e famílias em simultânea, incluindo não só as da sala de tratamentos e do SO, mas também todas as que estão na sala de espera, a cada momento.

A equipa de enfermagem do AMPP é distribuída em cada turno pelos vários postos (triagem, sala de tratamentos e SO). No entanto, apesar desta divisão, aqui, o trabalho de equipa tem que estar sempre presente.

A triagem de enfermagem consiste na identificação e classificação do grau de gravidade da situação clínica da criança, de forma a permitir maior agilidade no atendimento de emergência/urgência, proporcionando assim um atendimento de enfermagem de qualidade (MURPHY, 1997). Assim, ao enfermeiro responsável pela triagem, exige-se constante atenção, pois tem que estar sempre preparado para avaliar correctamente a situação de saúde de cada criança que chega, uma vez que poderá constituir sempre uma potencial urgência/emergência. Por outro lado, tem que possuir uma constante capacidade de raciocínio, juízo crítico e de adaptação às diferentes crianças e famílias, de forma a conseguir filtrar e procurar a informação necessária e avaliar as situações que surgem de forma sucessiva, actuando em conformidade.

A dinâmica da sociedade contemporânea favorece a cultura do *fast*, que leva as pessoas a procurar a satisfação das suas necessidades de forma rápida. Deste modo, observa-se nos serviços de urgência, a procura de resolução para casos que poderiam ser perfeitamente solucionados em ambulatório, competindo estes com casos que constituem reais urgências e emergências. Com a falta de capacidade de resposta por parte dos cuidados de saúde primários e a crescente afluência aos serviços de urgência, a triagem viabiliza a intervenção precoce nos casos prioritários, com conseqüente aumento da eficácia das acções terapêuticas. Para uma correcta triagem, os enfermeiros devem integrar conhecimentos actualizados sobre os protocolos de suporte básico e imediato de vida em pediatria, os protocolos clínicos existentes no serviço e possuir competências ao nível da capacidade de escuta e observação sistemática, bem como ao nível relacional e interpessoal, que favoreçam o acolhimento da criança e família (MURPHY, 1997; THOMAS, 2002).

Num serviço de urgência, e principalmente na triagem, o mais complicado é lidar com o significado de urgência que cada situação tem para os diferentes intervenientes (pais, criança, enfermeiro). Não é difícil de perceber que, para qualquer pai, a febre, o vómito ou a dor de um filho sejam interpretados como uma situação muito urgente. Urgência, essa, que não coincide, muitas vezes, com o nível de gravidade atribuída pelo enfermeiro da triagem, gerando-se um conflito de perspectivas. Cabe, então, ao enfermeiro compreender a ansiedade, medos e receios dos pais e manter o julgamento

crítico, fazendo parte das suas funções explicitar o porquê da sua decisão, controlando, assim, os elevados níveis de ansiedade. Este comportamento será, sem dúvida, bastante útil na futura colaboração dos pais e no controlo da sala de espera, que diminui, progressivamente, a cada minuto que passa e a cada criança que chega. Para tal, é fundamental possuir competências ao nível da comunicação e relação interpessoal, pois sendo a triagem o primeiro contacto da criança e família com o AMPP, é nesse momento que se estabelecerá a relação de confiança, segurança e satisfação destes com a equipa multidisciplinar e com a instituição.

A sala de tratamentos, normalmente permite um contacto rápido e pontual com a criança e família, que implica necessariamente a procura rápida de um relacionamento de confiança com a criança e família, o que por vezes não constitui uma tarefa fácil ao envolver, quase sempre, procedimentos desagradáveis e/ou dolorosos. Por outro lado, a pressão de uma sala de espera cheia, com uma enorme lista de crianças para realizar procedimentos não é facilitadora desta relação.

A nível do SO, deparei-me um pouco com a problemática do projecto, pois este é um espaço onde se processam geralmente internamentos de curta duração, que terminam normalmente na alta para casa, após controlado o risco de agravamento da situação clínica da criança. Aqui, verifiquei que a componente de ensino e orientação aos pais é bastante grande, embora por vezes um pouco descurada, pois, normalmente, as crianças têm alta para o domicílio ainda com necessidade de manutenção de cuidados e vigilância em casa.

No AMPP existem vários documentos de informação/orientação aos pais sobre cuidados associados a diferentes situações como vómitos, diarreia, febre, entre outros. Este achado corrobora o que o estudo sobre preparação para a alta de Keatinge, Stevenson e Fitzgerald (2009) demonstra, concluindo ser importante e mais eficaz a associação de informação escrita à informação oral, desde que seja utilizada uma linguagem acessível e direccionada às necessidades da criança e família. No entanto, apesar de estes instrumentos terem sido criados pela equipa multidisciplinar, estes não são utilizados, nem pela equipa de enfermagem, nem pela equipa médica. Estes documentos foram um achado importante para integrar no projecto, uma vez que existindo, estas orientações serão utilizadas, quer no internamento para a preparação para a alta, quer no procedimento do telefonema de acompanhamento pós-alta, com o

intuito de harmonizar e uniformizar as orientações dadas por toda a equipa, nas várias áreas de intervenção e fases de hospitalização.

Esta experiência no AMPP, apesar de breve, proporcionou a aquisição de precursores para o desenvolvimento de competências importantes, para dar resposta aos vários objectivos definidos anteriormente, e essenciais neste percurso de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Estas competências estão relacionadas com a avaliação sistematizada da criança e a formulação rápida de um juízo crítico perante a avaliação de sinais e sintomas; a optimização no estabelecimento de prioridades; a capacidade de adaptação e de resposta a situações imprevisíveis, em ambientes stressantes; e a comunicação eficaz com as crianças e famílias.

A UCIENP do HFF constituiu um contexto igualmente rico na aquisição de contributos para a concretização dos objectivos delineados.

O primeiro contacto com o referido contexto foi mais marcante do que poderia prever, dado o evidente choque cultural. De facto, nunca tinha tido contacto profissional com a população abrangida pelo HFF, no entanto, muitas são as referências à sua densidade populacional e à sua grande diversidade étnica, social e cultural, que influencia grandemente os cuidados prestados.

A UCIEN à primeira vista é pouco acolhedora, dado o espaço físico fechado, sem luz natural e reduzido para as 6 vagas de cuidados intensivos e 18 de cuidados especiais, com as características ambientais inerentes a uma unidade de cuidados intensivos. No entanto, colmata esta fraqueza com a preocupação pela qualidade dos cuidados que presta, utilizando, embora de forma não formalizada, os princípios dos cuidados para o desenvolvimento.

O internamento do RN numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) constitui uma quebra abrupta no ambiente ideal para o seu desenvolvimento e crescimento. De facto, as UCIN são vitais para a sobrevivência de muitos RN, mas, contraditoriamente, envolvem múltiplos aspectos que podem constituir uma ameaça ao seu desenvolvimento. Estes aspectos incluem: a dor, a privação do sono, o ruído elevado, a luminosidade intensa e o compromisso na interacção humana (ATUN-EINY e SCHER, 2008; BUTLER, 2008). Por outro lado, estas adversidades contribuem para o aumento dos níveis de ansiedade dos pais, podendo mesmo interferir na interacção

pais-RN e conseqüentemente no desenvolvimento da parentalidade (BREDEMEYER, REID, POLVERINO E WOCADLO, 2008).

O conceito de cuidados para o desenvolvimento assenta no principio de que os RN são participantes activos no processo de cuidados, comunicando através do seu comportamento, e cujas capacidades reguladoras devem ser reforçadas. Este tipo de cuidados inclui inúmeras intervenções, dentro das quais se podem destacar: o posicionamento, a adaptação da estimulação sensorial, o método de Canguru, a sucção não nutritiva, o controlo da dor, redução de factores de stress ambientais, e os cuidados centrados na família. Estas intervenções podem ser divididas em três grupos: a avaliação contínua da condição neurodesenvolvimental do RN; o controlo do ambiente, de forma a que o RN consiga repousar e manter o equilíbrio energético; e a promoção do papel activo dos pais nos cuidados ao RN (ATUN-EINY E SCHER, 2008; BUTLER, 2008).

Durante o processo de aprofundamento e questionamento sobre o conceito de cuidados para o desenvolvimento, fui percebendo que (apesar da maioria dos documentos analisados o relacionar com o RN prematuro e as UCIN), este não se aplica exclusivamente a este contexto, pois os seus princípios podem ser utilizados durante as várias fases do desenvolvimento da criança, ou até do adulto, mesmo fora do contexto de cuidados intensivos, conseguindo transpô-los facilmente para o contexto onde exerce funções.

Na mesma linha de pensamento, e como resultado da sua análise sobre o conceito, Aita e Snider (2003, p. 226) propõem como definição de cuidados para o desenvolvimento “*an evolving process where individualized caregiving interventions adjust to the developmental needs of an individual (...) communicated during interactions*”. Os autores defendem, desta forma, que cuidados para o desenvolvimento têm como características fundamentais a interacção, a individualização e o carácter evolutivo dos mesmos. Na perspectiva dos autores, os cuidados para o desenvolvimento devem, ainda, basear-se em três pressupostos principais como o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, a colaboração entre todos os elementos da equipa multidisciplinar, e o envolvimento da família, de forma a proporcionar o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, bem como a adaptação familiar.

A reflexão sobre o conceito de cuidados para o desenvolvimento revela que este é muito mais que promover o crescimento e desenvolvimento da criança durante o internamento, mas representa um grande passo para uma filosofia de cuidados multidisciplinar, onde o conhecimento é partilhado e os objectivos são comuns. Os cuidados para o desenvolvimento promovem, também, a parceria e o cuidado centrado na criança e família, onde os pais são envolvidos no processo de cuidados. Consecutivamente, a prestação de cuidados fundada nestes princípios é promotora da qualidade dos mesmos durante o internamento da criança, prolongando-se após a alta hospitalar. No entanto, uma vez que o cuidado para o desenvolvimento é baseado no reconhecimento de sinais comportamentais de cada criança, a identificação e interpretação destas pistas únicas constituem um grande desafio para todos os que delas cuidam. Ainda assim, considero que deve existir um esforço no sentido de integrar os princípios inerentes aos cuidados para o desenvolvimento na filosofia de cuidados de todos os contextos pediátricos, incluindo o meu.

Mais uma vez, fiz questão de participar nos cuidados prestados aos RN com necessidades de cuidados intensivos, de forma a dar resposta ao último objectivo do projecto desenhado. Para tal, foi importante começar por observar os enfermeiros na prestação de cuidados, de modo a ir questionando e percebendo as necessidades dos RN a que é preciso dar resposta. Desde logo, senti algum receio, relacionado com o facto de todos os RN terem necessidade de suporte ventilatório, invasivo ou não. Sendo, este suporte, vital para os RN, o risco de poder comprometê-lo, durante a prestação de cuidados, provocava-me alguma ansiedade. Para tal, foi importante perceber os vários modos ventilatórios, através do questionamento dos enfermeiros, o que se torna mais difícil devido à utilização de enumeras nomenclaturas para descrever a mesma função, relacionada com os vários tipos e marcas de ventiladores utilizados na unidade. Coincidentemente e indo de encontro a este objectivo, foi organizado no âmbito da formação em serviço, um pequeno curso teórico-prático de ventilação não invasiva, em que fiz questão de participar. Ultrapassar este receio, foi favorecedor para uma prestação de cuidados mais centrada no RN e família compreendendo as implicações desta necessidade vital nos mesmos.

Durante o estágio, os RN internados em Cuidados Intensivos permaneceram, na sua maioria, os mesmos. Este facto permitiu um conhecimento mais profundo de cada criança e situação clínica, contribuindo para uma relação mais estreita com os RN e

com os pais, com o estabelecimento de uma relação de confiança favorecedora da prestação de cuidados ao RN.

Tive ainda a oportunidade de vivenciar situações mais complexas relacionadas com o internamento de RN com muito mau prognóstico e a morte, tendo sido muito importante poder assistir ao acompanhamento exemplar dos pais, desde a admissão, aos quais foram sempre transmitidas informações realistas e disponibilizado suporte, de acordo com as necessidades evidenciadas pelos mesmos e discutidas em equipa multidisciplinar.

Outra das actividades planeadas para este contexto relacionou-se com o conhecimento do Projecto de Seguimento Pós-alta (SPA), implementado nesta unidade, que decorreu, igualmente, de um projecto de mestrado em enfermagem na área de especialização de Saúde na Comunidade. Este foi implementado em 2008 e apresenta resultados muito positivos, tendo contribuído para a implementação do Projecto de Apoio Domiciliário ao Recém-Nascido Pré-termo e/ou com Necessidades Especiais e a Crianças/Jovens Adolescentes com Doença Crónica, que inclui a UMAD. Deste modo, dediquei algum tempo desta experiência à leitura dos vários documentos do projecto, e à observação dos vários telefonemas realizados, sendo estes exclusivamente efectuados pela enfermeira responsável pela sua implementação e segundo elemento da unidade.

Este telefonema é realizado a todos os RN internados na UCIEN, com alta para o domicílio, com o objectivo de avaliar o bem-estar da criança/família, a adaptação ao domicílio, e a eficácia da preparação para a alta; identificar novas necessidades sentidas pelos pais; e esclarecer dúvidas. A filosofia deste telefonema é semelhante ao que pretendi implementar, no entanto, tem uma população alvo muito específica, sendo obviamente direccionado para os cuidados ao RN.

Na UCIEN, o planeamento da alta ocorre, necessariamente, ao longo do internamento, existindo uma grelha de registo dos ensinamentos realizados e a receptividade dos pais aos mesmos. No entanto, verifica-se que este instrumento não é utilizado e que a maioria dos aspectos é abordada de forma mais intensa e, às vezes, unicamente no momento da alta clínica. Estes ensinamentos são feitos oralmente, de forma personalizada e adequada a cada RN e família, tendo em conta a manutenção dos cuidados necessários no domicílio. O espaço para os fazer é a própria unidade, mas os enfermeiros têm a

preocupação de se sentar com os pais e disponibilizar o tempo necessário para os mesmos, sem demonstrar a pressão das múltiplas coisas que têm para fazer.

A prática observada, vai contra o que Ahmann (2004) defende, quando refere que os vários elementos da equipa de saúde devem colaborar entre si, de forma a que o ensino aos pais seja organizado num processo contínuo, sendo, a forma de comunicação mais eficaz, a documentação do mesmo. Por outro lado, destaca que o ensino deve ser feito de acordo com o contexto e ao longo do tempo de internamento, o que minimiza a sobrecarga de informação no momento da alta, altura em que os pais estão mais concentrados na ideia do regresso a casa.

Os ensinamentos efectuados na unidade são, posteriormente, validados com o telefonema de seguimento pós-alta, dando espaço para colocação de dúvidas. No entanto, mesmo após o telefonema, verificou-se, através da UMAD, em mais do que uma situação, que os pais estavam a preparar os leites de forma incorrecta, o que conduzia a uma alimentação inadequada, com leites muito diluídos ou muito concentrados. Esta situação foi reportada à equipa de enfermagem, de forma a definirem-se formas mais eficazes de passar a informação, uma vez que os cálculos para a preparação do leite e aditivos, pode ser considerada complexa para muitos pais. De facto, a preparação de leites constitui um exemplo de uma das informações que é dada exclusivamente antes da alta clínica, uma vez que os leites são preparados pelas assistentes operacionais da copa de leites, não podendo os pais participar ou observar a sua realização, ao contrário de outros cuidados directos ao RN, para os quais são incentivados a participar pelos enfermeiros.

A UCIEP constituiu o contexto ao qual atribuí o maior período de estágio, uma vez que considerei importante para conseguir alcançar de forma coerente o último objectivo apresentado. No entanto, apesar de tentar coincidir o estágio com a altura em que se esperaria maior número de internamentos de crianças (de acordo com informação da unidade), tal não se verificou, constituindo esta uma grande limitação. Ainda assim, tentei aproveitar todas as oportunidades que surgiam, tendo sido os contributos, já adquiridos na UCIEP, extremamente úteis e importantes para a integração neste contexto.

Através da leitura dos procedimentos e protocolos tive acesso a alguns instrumentos, com os quais não estava familiarizada e que pretendi aprofundar no sentido de

utilizá-los também no novo contexto da UEIP, sendo um deles a Escala de *Glasgow* modificada, para aplicação em crianças que não consigam expressar-se verbalmente.

Tendo participado em algumas sessões de formação em serviço, destaco a preocupação dos enfermeiros em adaptar o procedimento de avaliação da dor instituído no serviço à sua população alvo actual, procurando novas escalas que permitam a avaliação da dor em crianças sedadas e com alterações neurológicas, pois consideram que as escalas em utilização não o permitem fazer de forma adequada. Nesta sequência, foram apresentadas duas novas escalas: a escala *DESS (Douleur Enfant San Salvador)* para avaliação da dor em crianças com deficiência profunda e a escala *Comfort-Behavior* para avaliação da sedação em crianças submetidas a ventilação mecânica.

O controlo da dor é, de facto, uma responsabilidade dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada (EUROPEAN ASSOCIATION OF CHILDREN IN HOSPITAL, 2009), dependendo, a excelência desse controlo, de uma avaliação sistemática da intensidade da dor, através de instrumentos cientificamente válidos para a sua medição. No entanto, a avaliação da dor em crianças incapazes de se autoavaliarem apresenta dificuldades acrescidas, passando a solução pelo uso de escalas de hetero-avaliação válidas, fiáveis e com utilidade clínica.

No serviço onde exerço funções, existe um procedimento de avaliação da dor que inclui apenas escalas de autoavaliação (Escala de Faces de *Wong-Baker* e Escala Numérica), pelo que é imprescindível a revisão do mesmo. Foi, então, constituído um grupo de trabalho para o fazer de forma a introduzir instrumentos que permitam a avaliação da dor, considerada como o 5º sinal vital (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS], 2003), em crianças incapazes de realizar a sua auto-avaliação. Neste âmbito, foi utilizada, como ferramenta principal, o recente documento de orientações técnicas para a avaliação da dor na criança (DGS, 2010), que recomenda e disponibiliza instrumentos adequados para cada etapa de desenvolvimento, traduzidos e validados para a população portuguesa, tendo sido decidido pelo grupo incluir a escala de heteroavaliação de dor *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*, para colmatar a lacuna atrás identificada.

Dada a disponibilidade da UCIEP para o ensino e formação, e decorrendo o estágio em simultâneo com outros elementos em formação nas várias áreas disciplinares e a vários níveis (internato médico, licenciatura em enfermagem, especialização em enfermagem na área de SIP, enfermeiros em integração), foram proporcionados momentos de aprendizagem em conjunto, direccionando-os para as diferentes áreas de competência. Realço um desses momentos, orientado pela directora de serviço e segundo elemento de enfermagem, em que perante o reduzido número de crianças com suporte ventilatório e aproveitando o internamento de uma criança em pós-operatório imediato com necessidade de ventilação invasiva, foram discutidos os vários aspectos teórico-práticos relacionados com a ventilação invasiva, bem como as competências e responsabilidades inerentes a cada profissional e a interacção entre os mesmos, numa perspectiva de trabalho de equipa.

A abertura da UEIP, no Hospital da Luz, conduziu a alguma angústia dada a impossibilidade do hospital manter o internamento de crianças com necessidade de cuidados intensivos, e a consciência da rapidez com que uma criança internada em cuidados intermédios pode evoluir para uma situação de cuidados intensivos. Ao longo do estágio, tive mesmo a possibilidade de acompanhar uma criança transferida para esta unidade pela UEIP, por necessidade de suporte ventilatório invasivo, tendo sido uma óptima oportunidade de aprendizagem, uma vez que pude acompanhar esta criança e os pais em todas as fases até ao momento da alta.

Neste âmbito, foram ainda desenvolvidos esforços no sentido de melhorar a capacidade de resposta da equipa de enfermagem às crianças em situação crítica de saúde. Assim, após validação dessa necessidade com a restante equipa, partilhei com a enfermeira responsável a necessidade e o desejo de existir formação da equipa em Suporte Básico e Imediato de Vida Pediátricos, tendo posteriormente sido formalmente solicitada à Comissão de Emergência Médica e Reanimação do Hospital da Luz, responsável pela formação nesta área. Paralelamente, uma vez que se antevê que a resposta dada por esta entidade não ocorra em tempo útil, foi contactado um enfermeiro perito na área, responsável pela organização destes cursos noutras instituições, no sentido de propor a organização de um curso para a equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria, caso não haja resposta positiva da comissão, tendo este aceite o desafio. No entanto, de forma a poder contribuir de forma mais activa para a formação da equipa de enfermagem, nesta área, inscrevi-me e

realizei a título individual e privado o curso *Pediatric Education for Prehospital Professionals* (PEEP), acreditado pela *American Academy of Pediatrics*, tendo-o concluído a 27 de Março de 2011 com sucesso. Este curso é bastante completo, incluindo o Triângulo de Avaliação Pediátrico, Emergências Respiratórias, Cardiovasculares e Médicas em Pediatria, Actuação em Trauma e Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátricos

Ao longo deste estágio, não observei diferenças significativas na reacção das crianças e ao internamento por doença aguda, comparativamente com o local onde exerço funções, verificando uma múltipla variabilidade de reacções, relacionada com os factores já abordados. Este facto é partilhado por Machado e Sousa (2007), que referem que as reacções da criança à hospitalização numa UCIP são em tudo idênticas às observadas perante o internamento numa enfermaria de pediatria, pelo que o contexto de cuidados especiais e intensivos aparenta ter um peso reduzido na reacção da criança.

Futuramente, a análise dos dados recolhidos através do telefonema, permitir-nos-ão concluir sobre as diferenças, nos vários aspectos abordados, entre as crianças internadas na UEIP e na enfermaria, tendo em conta, é claro, a avaliação subjectiva dos pais.

Esta experiência na UCIENP foi extremamente útil e enriquecedora, pois permitiu-me desenvolver competências que me permitem identificar precocemente sinais de agravamento clínico; actuar e promover os cuidados necessários à estabilização de uma criança até à sua transferência para outra instituição que assegure um nível superior de cuidados; conhecer e utilizar instrumentos de avaliação específicos da criança; executar cuidados de enfermagem a crianças com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva; envolver a equipa de enfermagem no desenvolvimento de procedimentos de boa prática nos cuidados à criança; adequar a prática às especificidades e exigências das etapas do desenvolvimento infantil e juvenil; e cuidar da criança e família em situações de particular complexidade numa perspectiva de parceria.

Actualmente, as UCIN e UCIP contribuem para o aumento crescente do número de crianças portadoras de doenças crónicas ou com deficiência, relacionado com os progressivos avanços tecnológicos que se têm verificado na área da saúde e o

consequente aumento da taxa de sobrevivência. Dada a complexidade destas situações, a ligação entre cuidados hospitalares e domiciliários é uma exigência. Por isso, a necessidade de profissionais diferenciados e especializados, em ambulatório, e a incapacidade de resposta ao nível dos cuidados de saúde primários no nosso país, conduziu à adopção de medidas de suporte alternativas, que respondam de forma mais eficaz às necessidades da criança e família. Assim, o Departamento de Pediatria do HFF, nomeadamente a UCIENP, através do Projecto de Apoio Domiciliário ao Recém-Nascido Pré-termo e/ou com Necessidades Especiais e à Criança/Jovem com Doença Crónica, decidiu formar uma equipa multidisciplinar de apoio domiciliário que se evidenciasse como uma alternativa eficaz na melhoria na qualidade de vida da criança/jovem e sua família, após a alta hospitalar, e consequentes ganhos em saúde.

A população alvo do projecto inclui todos os RN internados na UCIEN e as crianças/jovens com doença respiratória crónica internados no Serviço de Pediatria ou na UCIEP, dando prioridade às crianças com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI) no domicílio, por serem estas as que apresentam maior frequência de internamentos e maior necessidade de ensino, reforço e apoio domiciliário.

Este projecto foi possível devido à articulação da equipa multidisciplinar da UCIENP com Fundação do Gil, que disponibilizou o veículo e motorista necessários para a implementação da UMAD num total de 20 horas semanais, sendo o material clínico e os recursos humanos técnicos da responsabilidade do HFF. O grupo que se articula directamente com a comunidade é composto por enfermeiros e médicos, existindo o apoio do serviço social e da psicologia sempre que necessário. As grandes preocupações da equipa são as dificuldades que as famílias enfrentam após a alta da unidade; as recorrentes falsas urgências, bem como a perda de contacto com estas famílias, desconhecendo-se a eficácia dos cuidados e ensinamentos efectuados durante o internamento.

A participação em várias visitas domiciliárias permitiu-me verificar que, de facto, a UMAD, contribui para a melhoria da qualidade de vida dos RN, crianças e jovens que dela usufruem, através do reforço das competências parentais; da adaptação dos cuidados necessários à realidade da família; da redução do número de visitas ao hospital, de episódios de urgência e de reinternamentos; da diminuição do absentismo escolar e laboral; da prevenção de situações de negligência e de acidentes domésticos;

da promoção do desenvolvimento psicomotor da criança; e da articulação com outras estruturas da comunidade, em particular os Centros de Saúde e as escolas.

Na UMAD é, claramente, visível a ideia que Marinheiro (2002) salienta quando refere que o atendimento feito em casa por um enfermeiro habitual, proporciona um conhecimento prévio entre a família e o mesmo, facilitador da comunicação e da confiança, uma vez que não são introduzidos novos factores stressantes na vida familiar, para além dos, exclusivamente, ligados à doença e ao tratamento, mantendo-se, em simultâneo, a continuidade dos hábitos familiares. A visita domiciliária favorece um seguimento directo e continuado dos cuidados prestados pelo enfermeiro e pelos familiares. A avaliação é contínua, dinâmica, retroalimenta-se e a partir dela pode medir-se a eficácia das intervenções do profissional e dos cuidados prestados pela família.

Esta actividade torna-se, igualmente, importante para o melhoria de competências da restante equipa de enfermagem da unidade, no que diz respeito à preparação da alta, uma vez que os dados obtidos, permitiram uma percepção mais adequada sobre as necessidades destas crianças e suas famílias.

Dentro dos procedimentos invasivos efectuados no âmbito da UMAD, saliento a vacinação com a Palivizumab (SYNAGIS) como forma preventiva da infecção respiratória pelo Vírus Sincicial Respiratório, que constitui a principal causa de infecção respiratória, durante os primeiros dois anos de vida, sendo os RN prematuros uma população de risco acrescido.

Na UMAD pediátrica, por abranger crianças com patologia crónica, a visitação é mantida de forma contínua, sem previsão de altas, verificando-se a tendência crescente do número de crianças a visitar.

A inclusão da UMAD como contexto de estágio está relacionada com a ausência de um serviço de seguimento pós alta de crianças internadas, desenvolvido pelas instituições de cuidados de saúde primários. Por sua vez, esta estrutura fá-lo de forma consistente, sendo uma mais valia a possibilidade de fazer visita domiciliária a crianças que pude acompanhar durante o internamento. No entanto, devo que salientar que esta população é bastante diferente da que recorre ao Hospital da Luz, e conseqüentemente da que irá ser abrangida pelo telefonema de acompanhamento pós-alta projectado. Assim, tenho consciência da extensa diferença entre as necessidades de ambas as

populações, não tendo, sequer, ocorrido a oportunidade de acompanhamento da criança e família na fase inicial do processo de adaptação aos cuidados em casa. No entanto, destaco o contributo deste contexto, no desenvolvimento de competências as nível da comunicação com a criança e família, do respeito pelos conhecimentos prévios da criança e dos pais sobre a sua situação de saúde específica, da capacidade de adaptação dos cuidados à realidade de cada família, da negociação, do reconhecimento da necessidade de encaminhamento das crianças para outros técnicos quando necessário, bem como da adequação da prática às especificidades e exigências das várias etapas do desenvolvimento infantil e juvenil, desde o período neonatal até à juventude.

Como vimos anteriormente, o telefonema de acompanhamento da criança e família após a alta pode constituir uma estratégia inovadora, para o enfermeiro dar resposta à problemática levantada, de forma personalizada, valorizando e reforçando os cuidados em casa e demonstrando disponibilidade para a partilha de informação e para o esclarecimento de dúvidas e receios. Esta estratégia tem, ainda, como vantagem o facto de constituir uma medida de execução simples e pouco dispendiosa, que não se esgota, apenas, nesta finalidade. Deste modo, para além da avaliação e acompanhamento dos cuidados prestados à criança, no domicílio, após a alta, o telefonema foi pensado, numa perspectiva que permita:

- identificar alterações comportamentais na criança após a hospitalização;
- prevenir e detectar precocemente recidivas e/ou complicações pós-alta;
- orientar comportamentos em futuras situações semelhantes;
- avaliar os cuidados de enfermagem prestados à criança e família, durante o internamento;
- avaliar e promover a satisfação parental relativamente ao atendimento no serviço de pediatria;
- contribuir para a fidelização da criança e família.

Para começar, considerei fundamental atribuir um nome ao projecto, de forma a conferir-lhe uma identidade própria. Apesar de alguma dificuldade e incerteza, tentei seguir a política de *marketing* aplicada noutros projectos da instituição, utilizando o próprio nome do hospital, de forma a incluir este projecto no espírito da mesma. Assim, o projecto “A Luz Acompanha-te!” começou a ganhar vida, tornando-se uma realidade.

Para nortear e uniformizar a condução do telefonema considerei importante construir um guião do contacto telefónico (Anexo 2). Este guião inclui itens que permitem a avaliação da criança, dos cuidados prestados e das dúvidas sobre os mesmos. Estes itens foram definidos com base no enquadramento conceptual apresentado e nos contributos retirados dos vários contextos, e de forma a dar resposta aos aspectos mencionados anteriormente. Optei por incluir, ainda, uma questão sobre o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem, prestados durante o internamento, uma vez que se aguarda desde a abertura da instituição a implementação de questionários de satisfação pelo *Marketing*, não se podendo instituir quaisquer instrumentos que não sejam emanados por esta entidade. Assim, através desta questão incluída no telefonema, poderemos avaliar embora de forma geral, a satisfação com os cuidados que prestamos, bem como ter em conta todos os comentários e sugestões dos clientes, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Tendo a consciência da necessidade e obrigação legal de documentar os cuidados de enfermagem, o guião foi pensado também numa lógica de registo de toda a informação recolhida e transmitida. É este registo, que nos permitirá, como evidenciam Doenges e Moorhouse (2010): promover a continuidade dos cuidados, produzir documentação dos cuidados, possibilitar a avaliação dos cuidados, facilitar a investigação sobre os cuidados e otimizar a gestão dos cuidados prestados.

Como referi, um dos objectivos do projecto relacionava-se com a concretização e oficialização institucional deste projecto, através do desenvolvimento de um procedimento para a instituição, de forma a definir as orientações para a realização desta actividade, com consequente aprovação pela direcção de enfermagem. Assim, foi construído um esboço do mesmo, de forma a explicitar de forma sucinta a génese e justificação do mesmo e as normas da sua realização, incluindo em anexo o guião de orientação e condução do telefonema.

Após a elaboração do guião e do procedimento normativo do projecto estes documentos foram propostos para validação por um painel de peritos. A decisão da constituição deste painel resultou da necessidade de obtenção de opiniões, onde a diversidade era uma garantia de pontos de vista das diferentes áreas do exercício profissional de enfermagem. A selecção da amostra para integrar o painel de peritos deverá ser, assim, considerada como não aleatória, de conveniência e intencional. O painel foi constituído por enfermeiros, em exercício de funções nas diferentes áreas de

enfermagem (prestação de cuidados, gestão de cuidados e ensino de enfermagem), tendo considerados uns peritos e outros “implicados”. Foram considerados peritos os enfermeiros que possuíam conhecimentos, experiência, capacidade preditiva e objectividade, tal como é entendido o conceito clássico de perito (BENNER, 2005). Os peritos na área do projecto foram seleccionados com base no seu conhecimento e envolvimento no estudo em questão, isto é, por possuírem informações e experiências relevantes para o processo. Os “implicados” não se distinguem por possuírem mais ou menos conhecimentos relevantes na área do projecto, mas por se encontrarem implicados, de alguma maneira, neste percurso. Assim foram incluídos no painel de peritos os enfermeiros orientadores dos respectivos locais de estágio; duas docentes que ao longo do curso constituíram elementos de referência no Cuidar em Pediatria; a Prof.^a Orientadora e a Enf.^a Co-orientadora do projecto; e um Enf.^o Mestre em SIP, responsável pela implementação de um projecto semelhante, noutra instituição de saúde.

A abordagem ao grupo de peritos foi concretizada através de *e-mail*, não tendo sido obtida resposta de todos os elementos em tempo útil para a implementação do projecto, de acordo com o cronograma planeado.

Após análise das várias sugestões obtidas, e uma vez que é evidente a necessidade de suporte médico foi efectuada uma reunião com a Direcção Clínica de Pediatria, no sentido de lhe dar a conhecer e a envolver neste projecto, tendo a receptividade sido muito positiva e de concordância e entusiasmo com a implementação do projecto.

O guião do telefonema foi posteriormente testado por mim e pela enfermeira responsável do Internamento de Pediatria, de forma a validar a exequibilidade e aplicabilidade do mesmo, tendo sido realizados 4 telefonemas teste.

A versão final dos documentos foi construída tendo como base o *layout* institucional de forma a integrar o Manual da Direcção de Enfermagem (MDE).

Por fim, foi realizada uma reunião com a Coordenação de Enfermagem da Área da Mulher e da Criança e com a Direcção de Enfermagem para apresentação do trabalho desenvolvido no âmbito do projecto, propor os documentos para aprovação e obtenção de autorização final para a sua implementação.

O procedimento foi aprovado e assinado pela Coordenação e Direcção de Enfermagem a 25 de Janeiro de 2011, sendo posteriormente incluído no MDE (Anexo 3), bem como, na *intranet* da instituição.

Como previsto inicialmente, pretendo solicitar a inclusão do guião na lista de instrumentos de avaliação do aplicativo informático *Soarian*, utilizado no Hospital da Luz, no entanto, considereei pertinente fazê-lo apenas após os primeiros 6 meses de implementação, de forma a permitir eventuais ajustes e alterações.

Após aprovação do Projecto e respectivos documentos, foi feita formação, prévia à implementação do mesmo, a toda a equipa de enfermagem. No entanto, dado o reduzido número de elementos e a sua condição de prestadores de serviços em regime de duplo emprego, optei pela formação directa e pessoal, de forma a conseguir abranger toda a equipa de enfermagem, sendo considerado o momento de passagem de turno o ideal para o fazer. Dado o atraso na aprovação final do projecto, e a minha ausência do serviço, após o estágio, para elaboração do presente relatório, só foi possível completar a formação a toda a equipa de enfermagem no mês de Março, pelo que a sua implementação foi ligeiramente adiada, tendo ocorrido oficialmente a 1 de Abril de 2011.

Considereei muito importante que todo este processo fosse constantemente desenvolvido com conhecimento e colaboração da restante equipa multidisciplinar, de forma a promover e manter o envolvimento dos mesmos e promover a reflexão conjunta sobre a prática.

As circunstâncias em que o telefonema planeado ocorre e o imperativo de eficácia ligado aos cuidados de enfermagem colocam certas exigências à comunicação. Assim, durante o contacto telefónico, deve ser utilizada uma linguagem simples, de maneira a que os termos utilizados sejam familiares às pessoas que os escutam; clara, para que o que se diz tenha apenas uma interpretação; breve, de forma a evitar que os pais se percam nas explicações que tocam vários assuntos ao mesmo tempo; apropriada ao tempo e às circunstâncias; e adaptável às reacções dos pais (PHANEUF, 2005).

Pensando já na necessária avaliação do projecto, bem como nos importantes dados que dele se prevê emergir, foi criado um instrumento de tratamento e análise de dados em *Excel*. No entanto, sublinho o pensamento de Hessbeen (2001) quando refere que a avaliação poderá apoiar-se em dados numéricos, mas não exclusivamente neles,

pois resulta de um processo de valorização das acções desenvolvidas. Esta identificação ou propõe meios para progredir e passa necessariamente pela discussão multidisciplinar sobre as situações em questão e sobre as práticas a que deram origem.

O projecto deverá ser monitorizado e avaliado periodicamente, com o objectivo de trabalhar os dados obtidos e apresentá-los à equipa e instituição, de forma a incentivar a reflexão sobre a prática e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no serviço e identificação de novas necessidades de intervenção e de formação. Este aspecto é considerado por mim de extrema importância, tendo sido incluído como objectivo no projecto profissional anual para o ano de 2011, sobre a qual se debruçará igualmente a minha avaliação de desempenho no início do ano de 2012. Para além disso, foi também solicitada pela Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica a apresentação dos resultados obtidos após o primeiro semestre de implementação do Projecto.

Concomitantemente, foram reunidos e organizados todos os procedimentos, protocolos e fichas de informação já existentes no hospital, e dispersos pelos vários serviços de Pediatria, de forma a uniformizar as orientações dadas aos pais e criança por toda a equipa, divulgando a sua existência e fomentando a sua interiorização. Verifiquei que muitos destes documentos incluem orientações de cuidados e sinais de alerta, relacionados com as situações mais comuns na criança (vómitos, febre, diarreia, cólicas, etc.) que incluí na pasta do projecto “A Luz acompanha-te!”, dada a sua evidente utilidade para o mesmo.

O projecto “A Luz Acompanha-te!” englobou o desenvolvimento de uma série de competências, fundamentais para um enfermeiro especialista, ao nível da liderança de processos, negociação, análise de situações, capacidade de decisão, comunicação, formação e gestão da qualidade, assentando em princípios como a continuidade de cuidados e a parceria com a criança e família.

O presente Projecto de Estágio foi vivenciado de forma um pouco conturbada, uma vez que no hospital onde exerço funções, fui destacada como membro integrante da equipa de enfermagem responsável pela organização e abertura do novo serviço de internamento de pediatria, incluindo a UEIP. Este facto, exigiu um esforço pessoal acrescido, dada a complexidade envolvida na abertura de um serviço desde a etapa

zero e a urgência institucional para a sua abertura, tendo ficado pronto a receber crianças em 2 semanas.

Por outro lado, esta mudança constituiu uma experiência, paralela ao presente projecto, mas muito relevante e importante neste percurso de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, uma vez que considero ser uma oportunidade única na carreira profissional de um enfermeiro. Esta experiência permitiu-me, assim, ter a percepção da complexidade de todos os aspectos inerentes à organização e abertura de um serviço de raiz, tendo um papel activo nesse processo, bem como, de tudo o que está envolvido na prestação de cuidados, o que considero ter uma influência positiva, também, nos cuidados directos aos clientes, fortalecendo, ainda, o sentimento de pertença e, conseqüentemente, o de querer fazer sempre mais e melhor.

A experiência de colaborar na abertura de um serviço de raiz, sem referências anteriores concretas, fez-me perceber que é fundamental existir uma cultura de cuidados única na equipa multidisciplinar. Assim, a importância dada à harmonização dos procedimentos e informação prestada, deve-se ao facto de ter consciência de que as inconsistências nos cuidados de enfermagem podem levar à confusão e agravamento da ansiedade na criança e família, e consecutivamente, à dificuldade do estabelecimento de uma relação de confiança com os mesmos.

Não me considerando uma líder, no que diz respeito às características de personalidade específicas de um bom líder, julgo que este projecto foi muito facilitado, pelo meu reconhecimento e identificação, como tal, pelos restantes elementos da equipa, constituindo um elemento de referência do grupo, dado o meu percurso profissional, o conhecimento profundo da instituição, o investimento na área da Pediatria, e a contribuição para o progresso do grupo, tendo três deles iniciado a sua vida profissional no anterior Internamento de Pediatria. A consciência desta realidade, fez-me sentir o peso de uma responsabilidade ainda mais acrescida.

Analisar as implicações éticas envolvidas neste projecto constitui algo bastante complexo, principalmente se se tiver em conta, que resulta do desejo e ambição de desenvolvimento pessoal e profissional. Qualquer enfermeiro, no seu exercício profissional, assume o compromisso de respeito pela dignidade humana e,

consequentemente, de procura da excelência, tendo em conta princípios e valores fundamentais como os que têm conduzido este percurso: a vulnerabilidade, a autonomia, a beneficência, a justiça e o consentimento informado. Este processo exige, assim, competência científica, técnica, e humana, e contínuo aperfeiçoamento profissional, os quais têm de ser para os enfermeiros os compromissos quotidianos no desempenho da sua profissão. Como enfermeira, assumi o compromisso de cuidar das pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida daqueles a quem presto cuidados, crianças e sua família. Este é o domínio do agir profissional onde se juntam a ética da promessa e o compromisso de cuidar.

3.1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O desejo e motivação para ingressar neste curso, após 6 anos de exercício profissional em contexto de Pediatria, foi, sem dúvida, o de desenvolvimento e aquisição de competências específicas do cuidar em Pediatria, no sentido de ir ao encontro das suas exigências e especificidades, de forma mais adequada e efectiva, tendo em vista a procura da excelência do meu exercício, enquanto enfermeira, uma vez que é nesta área que pretendo prosseguir o meu percurso profissional.

Para Le Boterf (2005), a competência resulta de três factores:

- o saber agir – conhecimentos, habilidades e recursos do profissional;
- o querer agir – motivação pessoal do indivíduo e o contexto mais ou menos estimulante em que ele intervém;
- o poder agir – contexto organizacional determinado pelo tipo de gestão, organização do trabalho e condições sociais, que permita que o profissional assuma responsabilidades e corra riscos.

Segundo o mesmo autor (2005), a competência não tem uma definição consensual, variando segundo o contexto em causa e evoluindo em função de uma linha entre dos pólos. Por um lado, o pólo caracterizado pela repetição, pela rotina, pela prescrição estrita, sendo o pólo oposto caracterizado pela inovação, complexidade, iniciativa, confronto com a eventualidade, e pela prescrição aberta. Assim, “o saber fazer da

execução é apenas o grau mais elementar da competência. Perante os imprevistos e as eventualidades, diante da complexidade dos sistemas e das lógicas de acção, o profissional deve saber tomar iniciativa e decisões, negociar e arbitrar, fazer escolhas, correr riscos, (...) e assumir responsabilidades. Não deve somente saber tratar um incidente mas igualmente antecipá-lo” (LE BOTERF, 2005, p.21).

Ao longo do Estágio, e tendo em conta as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2009) para o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, considero ter adquirido importantes ferramentas para o desenvolvimento progressivo e contínuo das mesmas, impressas nos capítulos anteriores. É o conjunto destas aquisições que permitiu e permitirá ao longo da minha, ainda jovem, carreira profissional progredir no sentido de:

- Exercer de forma segura e profissional com base na tomada de decisão ético-deontológica, de acordo com as melhores práticas e com as preferências da criança e família, respeitando os seus direitos e as responsabilidades profissionais;
- Conceber, colaborar e dinamizar projectos institucionais na área da qualidade e implementá-los a nível operacional, promovendo a avaliação e reflexão das práticas e do risco, com vista ao desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua;
- Optimizar a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação com a equipa multiprofissional, implementando soluções eficazes, melhorando a informação para o processo de cuidar, avaliando o mesmo, e reconhecendo quando referenciar para outros técnicos de saúde;
- Possuir consciência da dimensão pessoal e profissional, e da relação multiprofissional, identificando e actuando em situações de conflito, facilitando a aprendizagem, diagnosticando necessidades formativas da equipa e colaborando em estudos de investigação;
- Exercer com base em conhecimentos científicos, elaborando políticas e procedimentos para a prática especializada, tendo em conta a filosofia do cuidar em Pediatria;
- Identificar e implementar estratégias promotoras da optimização da saúde da criança e família, com base numa relação de parceria efectiva;
- Mobilizar recursos para cuidar da criança e família em situações de particular complexidade;
- Adequar a prática às especificidades e exigências das etapas do desenvolvimento infantil e juvenil e de cada criança e família em particular.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Hospital da Luz é um hospital recente, com óptimas condições hoteleiras, que fez um grande investimento em recursos físicos, materiais e humanos, mas que, como qualquer outra instituição, necessita de manter uma postura de procura contínua de processos de melhoria da qualidade dos cuidados que presta aos clientes que a procuram, integrando os conceitos e valores que estão na base da missão que definiu.

Com a nova filosofia dos cuidados pediátricos, que se afasta, cada vez mais, das hospitalizações prolongadas, e enfatiza os benefícios da transferência dos cuidados para o domicílio, conceitos como parceria e cuidados centrados na criança e família têm de se tornar, efectivamente, uma realidade.

A transição da criança e família da situação de hospitalização para o domicílio implica, de facto, que estes tenham uma participação activa nos cuidados, para a qual necessitam de informação e apoio, pois exige a aquisição de conhecimentos e competências que possibilitem enfrentar e resolver os problemas do dia-a-dia.

No entanto, durante o internamento hospitalar, tanto a criança como a família estão sujeitos a muita informação, que nem sempre é compreendida e retida de forma eficaz, sendo confrontadas, em casa, com uma nova realidade, perante a qual podem sentir-se inseguros e incapazes de lhe dar resposta. O processo de preparação para a alta é, assim, essencial para a adaptação da criança e família à nova realidade e para a promoção do autocuidado com sucesso. Mas, se esta orientação e suporte é essencial, no que se refere à preparação para a alta, a sua continuidade durante o período de transição é, igualmente, fundamental.

Já Nightingale (2005), na sua obra, alertava para que, “todos os benefícios de uma boa enfermagem (...) podem ser completamente anulados por (...) se ignorar como proceder, para que o que é feito, quando se está presente, o seja também, quando se está ausente” (p. 55). Aqui, Nightingale demonstra com clareza a importância dos aspectos relacionados com a valorização da continuidade de cuidados, que integram igualmente os cuidados de enfermagem e estão implícitos no processo de enfermagem.

O telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta da criança e família surge, de acordo com a evidência científica, como um instrumento útil para dar resposta à problemática identificada, de uma forma eficaz, simples e pouco dispendiosa, permitindo fazer a ligação entre o serviço de internamento e o domicílio, sendo a Telemedicina uma demanda da Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p.10), o Enfermeiro Especialista é “um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”. Neste sentido, e após este percurso construído com base no desejo de desenvolvimento de competências específicas do Cuidar em Saúde Infantil e Pediatria (impossível de se traduzir integralmente em palavras), o meu compromisso com a profissão, com a instituição onde exerço funções e com as crianças e famílias que cuido, é o de contribuir como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, quer através da minha prestação diária de cuidados, quer por meio do desenvolvimento de um trabalho mais específico e diferenciado, que contribua positivamente e de forma inovadora para a melhoria da instituição e dos serviços que presta. De facto, essa é, também, uma ambição assumida pelo Hospital da Luz, através da missão que definiu e do seguinte compromisso de excelência: *“Colocar os interesses dos doentes acima dos interesses da organização; aderir aos mais elevados padrões ético-profissionais; desenvolver relações de longo prazo com os clientes baseadas na eficácia, integridade e confiança; e humanizar a medicina, criando uma empatia com os clientes e sua família”* (ESS, 2007, p. 6).

Penso que este Projecto de Estágio trouxe grandes contributos, quer a nível pessoal, quer para a equipa de enfermagem do Internamento de Pediatria, bem como, para a própria Instituição, podendo até ser adaptado e implementado noutras unidades de atendimento pediátrico do Hospital da Luz, e até do Grupo Espírito Santo Saúde, como o Hospital de Dia Cirúrgico e o SO pediátrico.

Considero que a minha ambição resultou na implementação de um projecto de grande utilidade, que para além de promover positivamente a imagem da instituição, do serviço

e dos seus técnicos de saúde, em especial dos enfermeiros, favorecerá a reflexão sobre a prática e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no Internamento de Pediatria, contribuindo significativamente para a satisfação dos clientes. Constitui, ainda, um instrumento que não se esgota aqui, pois pretendo utilizá-lo para identificar a necessidade de investimento em determinadas áreas da prática de cuidados, projectando-as no planeamento da formação em serviço, bem como, na realização de trabalhos de investigação.

Sinto que através deste projecto, o triunfo e a satisfação pessoal como enfermeira existe, como reflexo do bem-estar, harmonia, e satisfação que podem ser proporcionados, tendo constituído um projecto exequível, dentro das múltiplas limitações institucionais (relacionadas com o seu carácter privado), que considero ir de encontro às expectativas e necessidades dos clientes e que trará sem dúvida ganhos em saúde para as crianças e pais que servimos.

No entanto, a angústia mantém-se, dado o desejo de excelência e perfeição (meu, enquanto enfermeira prestadora de cuidados, e acredito que, cada vez mais, de quem recebe os cuidados) associado à consciência da impossibilidade de a alcançar (pois é uma procura contínua e sem fim). Esta angústia, sendo impossível de ser anulada, desejo que permaneça presente, pois, vejo agora, que tem funcionado como motor para querer fazer sempre mais e melhor pelas crianças e famílias que cuido, por mim e pela profissão.

BIBLIOGRAFIA

- AHMANN, E. (2004) - How to prepare families for discharge in the limited time available. **Pediatric Nursing**. ISSN 0962-9513. Vol.30, n.º 3. 212-22.
- AITA, M.; SNIDER L. (2003) - The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol.42, n.º3. 223-232.
- ALMEIDA, Filipe (2006) - A vulnerabilidade da criança é a medida do seu cuidador. **Cadernos de Bioética**. Coimbra. ISSN 1646-8082. A.17, n.º42 (Dezembro de 2006). 285-294.
- ANAUT, Marie (2005) - **A resiliência: ultrapassar os traumatismos**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-143-6.
- ATUN-EINY, O.; SCHER, A. (2008) - Measuring developmentally appropriate practice in neonatal intensive care units. **Journal of Perinatology**. ISSN 0743-8346. N.º28. 218-225.
- BARNES, S. (2000) - Ambulatory surgery. Not a social event: the follow-up phone call. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**. ISSN 1089-9472. Vol.15, n.º4. 253-255.
- BARROS, Luísa. (2003) - **Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-081-2.
- BENNER, Patricia. (2005) - **De iniciado a perito**. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-558-052-5.
- BRAZELTON, T. Berry. (2005) - **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 11ª Ed. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-1930-0.
- BREDEMEYER, S.; [et al.] (2008) - Implementation and evaluation of an individualized developmental care program in a neonatal intensive care unit. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. ISSN 1539-0136. Vol.13, n.º4. 281-291.
- BUTLER, S. (2008) - Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. **Acta Pædiactrica**. ISSN 1651-2227. N.º97. 1073-1075.
- CASEY, Anne (1993) - Development and use of the partnership model of nursing care. In: GLASPER, Edward Alan; TUCKER Ann - **Advances in child health nursing**. Londres: Scutari Press, 1993. ISBN 187-136-491-4. p.183-193.

- CASEY, A. (1995) - Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. N.º22. 1058-1062.
- CHANDE, V.; EXUM, V. (1994) - Follow-up phone calls after an emergency department visit. **Pediatrics**. ISSN 0031-4005. Vol.93, n.º3. 513.
- CZARNECKI, M.; GARWOOD, M.; WEISMAN, S. (2007) - Advanced practice nurse-directed telephone management of acute pain following pediatric spinal fusion surgery. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. ISSN 1744-6155. Vol.12, n.º3. 159-169.
- DECRETO-LEI n.º 161/96. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. **Diário da Republica, I-Série-A**. 205 (4 de Setembro de 1996). p.2959-2962.
- DECRETO-LEI n.º 104/98. *Código Deontológico dos Enfermeiros*. **Diário da Republica, I-Série-A**. 93 (21 de Abril de 1998). p.1754-1757.
- DOENGES, MARILYNN. E.; MOORHOUSE, Mary Frances (2010) - **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico**. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-57-8.
- ESPÍRITO SANTO SAÚDE (2007) - Visão, missão e valores da Espírito Santo Saúde. **IESS: Informação da Espírito Santo Saúde**. Lisboa. N.º1, 6-7.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN IN HOSPITAL (2009) - **Anotações Carta da criança hospitalizada**. 2ª Ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN 972-8003-14-5.
- FARREL, M. (1994) - Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. **Nursing**. ISSN 0871-6196. N.º74, Ano 7. 27-28.
- GLASPER, Edward Alan; TUCKER, Ann (1993) - *Quality in Action*. In: GLASPER, Edward Alan; TUCKER Ann - **Advances in child health nursing**. Londres: Scutari Press, 1993. ISBN 187-136-491-4. p.1-14.
- GOMES, Idalina (2007) - O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso – da submissão à acção negociada. In. Gomes, Idalina - **Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania**. Coimbra: Formasau. (2007) ISBN 978-972-8485-86-3. p. 67-113
- GROTHBERG, Edith H. (1995) - **A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit**. The Bernard Van Leer Foundation. Consultado em 3 de Fevereiro de 2011, em *Resiliencenet*:

<http://www.resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html#appendix1>

- HESBEEN, Walter (2001) - **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-20-6.
- HOCKENBERRY, Marilyn J. (2009a) - Communication and physical assessment of the child. In. HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David - **Wong's essentials of pediatric nursing**. 8 ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2009. ISBN 978-0-323-05612-0. p. 97-157.
- HOCKENBERRY, Marilyn J. (2009b) - Family-centered home care In. HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David - **Wong's essentials of pediatric nursing**. 8 ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2009. ISBN 978-0-323-05612-0. p. 641-657.
- HUTH, M.; BROOME, M. (2007) - A Snapshot of Children's Postoperative Tonsillectomy Outcomes at Home. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. ISSN 1539-0136. Vol.12, n.º3. 186-195.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2010) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® 2.0**. Consultado em 17 de Fevereiro de 2011, em *Ordem dos Enfermeiros*:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- JACKSON D.; DARBYSHIRE P. (2006-7) - Parenting in public: 'Watchin the directives'. **Contemporary Nurse**. Queensland. ISSN 1037-6178. Vol.23, n.º2. 224-227.
- JOHNSON, B.; [et al.] (2008) - **Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices**. Consultado em 3 de Fevereiro de 2011, em *Colorado Public Health Medical Home Initiative*:
<http://www.coloradomedicalhome.com/Resources/Partnering%20with%20Families%20and%20Patients.pdf>
- KEATINGE, D.; STEVENSON, K.; FITZGERALD, M. (2009) - Parents' perceptions and needs of children's hospital discharge information. **International Journal of Nursing Practice**. Carlton. ISSN 1322-7114. N.º15. 341-347.
- KRISTENSSON-HALLSTRÖM, INGER (1999) - Strategies for feeling secure influence parent' participation in care. **Journal of Clinical Nursing** Oxford. ISSN 0962-1067. N.º8, 586-592.
- LE BOTERF, Guy. (2005) - **Construir as competências individuais e colectivas**. Porto: Edições Asa. ISBN 972-41-4243-4.

- LE, T.; [et al.] (2007) - Follow-up phone calls after pediatric ambulatory surgery for tonsillectomy: what can we learn from families?. **Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of Perianesthesia Nurses/American Society Of Perianesthesia Nurses**. ISSN 1089-9472. Vol.22, n.º4. 256-264.
- LEE, P. (2004) - Family involvement: are we asking too much? **Paediatric Nursing**. ISSN 0962-9513. Vol.16, n.º10. 37-41.
- LEI n.º 106/2009. *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar*. **Diário da Republica, I-Série**. 178 (14 de Setembro de 2009). 6254-6255.
- LERRET, S. (2009) - Discharge readiness: an integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN**. ISSN 1539-0136. Vol.14, n.º4. 245-255.
- MACHADO, Cidália; SOUSA, Pedro Jácome (2007) – O medo da criança/família perante o internamento numa UCI Pediátrica: que intervenção de enfermagem?. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 55, nº 4-5 (Julho/Outubro de 2007). 157-164.
- MANO, M. J. (2002) - Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 8. 53-61.
- MARINHEIRO, Providência Pereira (2002) - **Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos no domicílio**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8717-16-4.
- MATOS, B. C.; [et al.] (2001) - Implementação da entrevista personalizada no Hospital de Dia Pediátrico do IPOFGL (Projecto de Enfermagem). **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. 2ª Série, N.º23/24 (Jul./Dez. de 2001) 5-10.
- MELEIS, A. I.; TRANGENSTEIN, (1994) - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**. ISSN 0029-6554. Vol.42, n.º6. 255-259.
- MELEIS, Afaf Ibrahim (2007) - **Theoretical nursing: development & progress**. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-3673-0.
- MEZOMO, João Catarin (2001) - **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole. ISBN 85-204-1263-7.
- MURPHY, Kathleen A. (1997) - **Pediatric triage guidelines**. St. Louis: Mosby. ISBN 0-8151-7333-4.
- NIGHTINGALE, Florence (2005) - **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. **Divulgar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem: perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1989) - **A Convenção sobre os Direitos da Criança**. Consultado em 3 de Fevereiro de 2011, em *UNICEF*:
http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- PAVÃO, J. M. (1996) - A humanização dos serviços de saúde: o caso especial dos serviços de pediatria. **Nascer e Crescer**. Porto. ISSN 0872-0754. Vol.5, n.º3. 147-148.
- PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. (2006) - Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol.40, N.º2. 280-285.
- PHANEUF, Margot (2005) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-84-8.
- PONGJATURAWIT, Y.; HARRIGAN, R. C. (2003) - Parent participation in the care of hospitalized child in Thai and Westers cultures. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**. New York. ISSN 0146-0862. N.º26. 183-199.
- PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde (2009) - **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-96263-0-0.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2003) - **A dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor** (Circular Normativa n.º 9. DGS/DGCG 2003). Consultado em 3 de Fevereiro de 2011, em DGS:
<http://www.dgs.pt/>
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2010) - **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Consultado em 20 de Janeiro de 2011, em *Administração Regional de Saúde do Centro, IP*:
http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/AVALIAC_C_O%20DA%20DOR%20NAS%20CRIANC_AS.pdf.

- SANDERS, J. (2009) - Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In. HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David - **Wong's essentials of pediatric nursing**. 8 ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2009. ISBN 978-0-323-05612-0. p. 658-685.
- SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. (1994) - Transitions: A central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship**. ISSN 1527-6546. Vol. 26, n.º2. 119-127.
- SMITH, L.; COLEMAN, V.; BRADSHAW, M. (2006) - Family centred-care. In. GLASPER E. A.; RICHARDSON, J. - **A textbook of children's and young people's nursing**. Londres: Elsevier Limited, 2006. ISBN 0-7020-3183-6. p. 77-88.
- SOUSA, P.; SOUSA, P. (2007) - Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão da literatura. **Revista de Enfermagem Oncológica**. Porto. ISSN 0873-5689. Vol.40, n.º10. 11-27.
- THOMAS, D. O. (2002) - Special considerations for pediatric triage in the emergency department. **Nursing Clinics of North America**. ISSN 0029-6465. Vol.37, N.º1. 145-159.
- WEISS, M.; [e tal.] (2008) - Readiness for Discharge in Parents of Hospitalized Children. **Journal of Pediatric Nursing**. ISSN 0882-5963. Vol. 23, n.º 4.
- YOUNG, L.; SIDEN, H.; TREDWELL, S. (2007) - Post-surgical telehealth support for children and family care-givers. **Journal of Telemedicine & Telecare**. London. ISSN 1758-1109. Vol.13, N.º1. 15-19.

Anexos

Anexo 1:

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Cronograma de Estágio

Mês\ dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Setembro																											I				
Outubro				F	F	F	F			F	F	F	F	F			N	S	S	S					N	S	S	S			
Novembro	F	N	S	S	S			F	S	P	S				F	S	P	F	S			F	S	F	S	F	S				
Dezembro	F	S	S			P	F	S	F	S			F	S	S	S	S														
Janeiro			S	S	S					S	S	S	S	S			S	S	S	S					S	S	S	S	S		
Fevereiro	S	S																													

- | | |
|---|-----------------------|
| I | Introdução ao Estágio |
| F | Feriado |
| S | Seminário |
-
- Divulgação do projecto e preparação dos Estágios
 - AMP Pediátrico do Hospital da Luz
 - Unidade de Cuidados Neonatais
 - Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos
 - N UMAD neonatais
 - P UMAD pediátricos
 - Internamento de Pediatria do Hospital da Luz
 - Reflexão final para perspectivar o projecto
 - Férias escolares e Fim-de-semana

Anexo 2:

**GUIÃO DE ORIENTAÇÃO E REGISTO DO TELEFONEMA DE
ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA DA CRIANÇA E FAMÍLIA**

“A Luz Acompanha-te!”**Telefonema de Enfermagem de Acompanhamento Pós-alta
ao Cliente Pediátrico**

Internamento de Pediatria – Piso 2 HA

I.

Nome da criança: _____ Idade: _____

NHC: _____

Nome do(a) pai/mãe: _____ Nº Telefone/Telemóvel _____

Data da admissão ___/___/____

Motivo(s) de Internamento: _____

Data da alta: ___/___/____

Necessidade de cuidados no momento da alta:

Consentimento para a realização do contacto telefónico: Sim Não

II.

Enfermeira que realiza o contacto _____

Pessoa que recebe o contacto _____

Dia e hora do contacto ___/___/____ às ___h___min.

1. Como foi o regresso a casa? (ex: tranquilo, difícil, com insegurança, etc.)

2. A criança apresenta alterações, relativamente ao seu comportamento habitual? (ex: choro, agitação, irritação, prostração, apatia, etc.)

Sim Não

Se sim, especifique:

3. A criança apresenta alteração do seu padrão de sono? (ex: sono agitado, dificuldade em adormecer, acorda frequentemente, pesadelos, etc.)

Sim Não

Se sim, especifique:

4. A criança apresenta alteração do seu padrão alimentar habitual?

Sim Não

Se sim, especifique:

5. A criança apresenta recorrência de sinais ou sintomas?

Sim Não

Se sim, especifique:

6. A criança apresenta novos sinais ou sintomas?

Sim Não

Se sim, quais?

7. Sentiu dificuldade em seguir as orientações dadas no internamento sobre os cuidados a realizar à criança em casa?

Sim Não

Se sim, especifique:

8. Dúvidas a esclarecer

9. Orientações fornecidas

10. Necessidade de novo contacto? Sim Não

Justifique? _____

Data ___/___/___ Hora _____

III.

1. Numa escala de 1 a 5, (em que 1 corresponde a insatisfeito e o 5 a totalmente satisfeito) qual o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados durante o internamento?

1.insatisfeito 2.pouco satisfeito 3.satisfeito 4.muito satisfeito 5.totalmente satisfeito

2.Comentários/Sugestões _____

Enfª _____

Nº Mec. _____

Anexo 3:

PROCEDIMENTO INSTITUCIONAL DO PROJECTO “A LUZ ACOMPANHA-TE”

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEMPROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

PROCEDIMENTO N.º	1
POLÍTICA N.º	1 DA DSE
ÁREA	CONTINUIDADE DE CUIDADOS
DATA	JANEIRO 2011

1. NOME:

PROJECTO "A LUZ ACOMPANHA-TE!": TELEFONEMA DE ENFERMAGEM DE ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA, AO CLIENTE PEDIÁTRICO.

2. OBJECTIVO:

PROMOVER A MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA, NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA;

- VALIDAR OS CUIDADOS PRESTADOS À CRIANÇA, NO DOMICÍLIO, APÓS ALTA CLÍNICA;
- IDENTIFICAR ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NA CRIANÇA, APÓS A HOSPITALIZAÇÃO;
- PREVENIR E DETECTAR PRECOCEMENTE RECIDIVAS E/OU COMPLICAÇÕES PÓS-ALTA;
- ORIENTAR PARA CUIDADOS A TER EM FUTURAS SITUAÇÕES SEMELHANTES;
- AVALIAR E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA, DURANTE O INTERNAMENTO;
- AVALIAR E PROMOVER A SATISFAÇÃO PARENTAL RELATIVAMENTE AO ATENDIMENTO NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA;
- CONTRIBUIR PARA A FIDELIZAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA.

3. PARTICIPANTES:

ENFERMEIROS DO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA (PISO 2 HA).

4. NOTAS TÉCNICAS:

As crianças são particularmente vulneráveis à doença e hospitalização, uma vez que estas representam uma ruptura do seu bem-estar e das suas rotinas, possuindo mecanismos reduzidos e pouco eficazes para se adaptarem e enfrentarem as experiências stressantes. Esta vulnerabilidade é agravada pelo ambiente desconhecido, estímulos assustadores, procedimentos dolorosos, restrições físicas e separação das pessoas significativas, reagindo de acordo com a sua maturidade, as experiências anteriores, a gravidade da doença e a abordagem da equipa multidisciplinar (ALGREN, 2007).

Estudos realizados nesta área demonstraram que a hospitalização pode trazer consequências para a criança, a curto e médio prazo, como atitudes depressivas, de negativismo, de pânico e de apatia, comportamentos de regressão, ansiedade, agressividade, e alterações do padrão de alimentação e do sono (BARROS, 2003).

Ainda assim, reconhece-se que muitas das consequências da hospitalização, consideradas problemáticas, podem não ser evidentes durante o tempo passado no hospital, mas só começarem a ser interpretadas como tal no período imediatamente a seguir, quando a criança regressa a casa e tem de retomar os hábitos e as rotinas quotidianas (BARROS, 2003).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf.ª Ana Margarida Moreira	Enf.ª Dália Caeiro Enf.ª Isabel Gonçalves	
	Data: 20/01/11	Data: 25/01/2011	Data:25/01/2014

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEMPROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Com a nova filosofia dos cuidados pediátricos, que se afasta cada vez mais das hospitalizações prolongadas, e enfatiza os benefícios da transferência dos cuidados para o domicílio, conceitos como "parceria" e "cuidados centrados na família" têm de se tornar efectivamente uma realidade, implicando por parte dos enfermeiros a mudança de atitude, de comportamentos e de valores, a aceitação e compreensão das capacidades dos outros e a vontade de partilhar saberes.

A transição da criança e família da situação de hospitalização para o domicílio implica uma participação activa nos cuidados, para a qual necessitam de informação e apoio, exigindo a aquisição de conhecimentos e competências que possibilitem enfrentar e resolver os problemas do dia-a-dia.

No entanto, durante o internamento hospitalar, tanto a criança como a família estão sujeitos a muita informação, que nem sempre é compreendida e retida de forma eficaz, sendo confrontadas, em casa, com uma nova realidade, perante a qual podem sentir-se inseguros e incapazes de lhe dar resposta. O processo de preparação para a alta é, de facto, essencial para a adaptação da criança e família à nova realidade e para a promoção do autocuidado com sucesso. Mas, se esta orientação e suporte é essencial, no que se refere à preparação para a alta, a sua continuidade durante o período de transição é fundamental, integrando igualmente os cuidados de enfermagem, uma vez que está implícita no processo de enfermagem.

O reconhecimento das necessidades emocionais da criança e família, entre outros factores, tem contribuído para a redução do tempo de internamento da criança, o que resulta na alta hospitalar, numa fase intermédia de recuperação, ainda com necessidade de cuidados e vigilância em casa. A consequência é a diminuição do tempo disponível para a preparação da alta, o que pode aumentar o risco de complicações e readmissões hospitalares.

A participação parental nos cuidados à criança, durante a hospitalização, numa filosofia de parceria efectiva, favorece uma preparação para a alta mais eficaz. No entanto, muitas dúvidas podem surgir no regresso a casa, na ausência do suporte contínuo do enfermeiro, pelo que qualquer intervenção que favoreça uma transição saudável e eficaz, estará inscrita numa prática de cuidados de qualidade.

O telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta da criança e família surge, de acordo com a evidência científica, como um instrumento útil na resposta a esta problemática, de uma forma eficaz, simples e pouco dispendiosa (BARNES, 2000; HUTH e BROOME, 2007; CZARNECKI, GARWOOD e WEISMAN, 2007).

O Projecto "A Luz Acompanha-te!" consiste num telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta que permite fazer a ligação entre o serviço de internamento e o domicílio.

As chamadas terão por base um guião orientador do contacto telefónico (anexo I), com o objectivo de nortear e uniformizar a condução da chamada. Este documento, não constituindo um questionário, é apenas orientador da condução do telefonema, incluindo itens relacionados com a avaliação da criança, os cuidados prestados em casa, e dúvidas sobre os mesmos, bem como a satisfação sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o internamento.

Tendo a consciência da necessidade e obrigação legal de documentar os cuidados de enfermagem, o guião foi pensado também numa lógica de registo de toda a informação recolhida e transmitida.

Os contactos serão efectuados preferencialmente pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Na sua ausência, de forma a assegurar a realização dos telefonemas dentro do espaço de tempo definido, estes poderão ser realizados pela enfermeira responsável do Internamento de Pediatria ou por outro enfermeiro da equipa, sempre que a relação preferencial, estabelecida durante o internamento, o justifique.

O projecto abrange todas as crianças internadas (enfermaria e UEIP), com alta para o domicílio, cujos pais tenham possibilidade de contacto telefónico e dêem consentimento prévio para tal, sendo realizados todos os dias úteis, das 10 às 20h, entre as 24 e as 72 horas, após a alta da criança.

O telefonema será dirigido aos pais ou cuidador informal da criança, podendo, ser assumido pelos adolescentes ou jovens, caso estejam presentes e assim o desejem, devendo sempre que necessário validar as informações transmitidas com os pais.

Durante o telefonema deverá ser utilizada uma linguagem simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias do momento e adaptável às reacções dos pais. Por outro lado, o apoio e suporte são igualmente comunicados pelo tom de voz e pela escolha das palavras, sendo estes indicativos de que compreendemos as suas preocupações e os seus medos (PHANEUF, 2005).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf.ª Ana Margarida Moreira Data: 20/01/11	Enf.ª Dália Caeiro Enf.ª Isabel Gonçalves Data: 25/01/2011	 Data: 25/01/2014

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Se ao longo do telefonema for identificada alguma intercorrência na evolução clínica da criança, ou surgir alguma dúvida, em que seja necessário aferir informação com o pediatra/cirurgião, ou outro elemento da equipa multidisciplinar (ex: fisioterapeuta, psicólogo, etc.), dever-se-á contactá-lo e, posteriormente, efectuar novo telefonema aos pais.

Caso a criança apresente algum tipo de sintomatologia, o enfermeiro deverá proceder à triagem telefónica, e despistar sinais de alerta, tendo em conta que após o internamento hospitalar os sinais e sintomas adquirem uma importância diferente, pois, por exemplo, a febre pode representar um agravamento da doença ou infecção pós cirurgia e os vómitos constituírem efeitos secundários da medicação prescrita ou intolerância à mesma.

Aos pais deverá ser garantida a máxima confidencialidade de todas as informações recolhidas.

Periodicamente, a enfermeira responsável pelo projecto trata e analisa os dados obtidos e apresenta-os a toda a equipa de enfermagem, de forma a permitir a reflexão sobre a prática e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como, a reformulação e optimização do projecto.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS

- A enfermeira responsável pela alta da criança:
 - ⇒ informa os pais sobre o presente projecto, solicitando consentimento para a realização do mesmo;
 - ⇒ preenche o cabeçalho (Parte I) do documento de orientação e registo do telefonema, colocando-o na pasta de contactos por realizar, que ficará na sala de registos.
- O enfermeiro responsável pela realização dos contactos telefónicos deve:
 - ⇒ Consultar a pasta de entrevistas a realizar diariamente;
 - ⇒ Analisar a informação escrita no documento e ver o processo informático da criança sempre que necessário;
 - ⇒ Efectuar o telefonema a todas as crianças, com alta nos últimos 3 dias, identificando-se e questionando a disponibilidade para o mesmo no momento;
 - ⇒ Conduzir o telefonema com base no guião orientador;
 - ⇒ Validar a prestação de cuidados à criança, mesmo perante a ausência de dúvidas relacionadas com os mesmos, de forma a confirmar a sua correcta execução;
 - ⇒ Fazer registos completos, de acordo com a informação transmitida pelos pais, incluindo todas as informações e orientações fornecidas aos mesmos;
 - ⇒ Se durante o telefonema os pais ou enfermeiro considerar necessário novo contacto, deve ser agendada nova data, de acordo com o combinado com os pais;
 - ⇒ Despedir-se, mostrando disponibilidade para satisfação de futuras dúvidas;
 - ⇒ Após a realização do telefonema, colocar o guião na pasta de contactos realizados ou por realizar, dependendo ou não da necessidade de novo contacto.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALGREN, Chris (2007) – Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In Hockenberry, David; Wilson, Marilyn J. - Wong's nursing care of infants and children. 8ª ed., St. Louis: Mosby Elsevier, p. 1046-1079.
- BARNES, S. (2000) - Ambulatory surgery. Not a social event: the follow-up phone call. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 15(4), 253-255.
- BARROS, Luísa (2003) – Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista. Lisboa: Climepsi.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf.ª Ana Margarida Moreira Data: 20/01/11	Enf.ª Dália Caeiro Enfª Isabel Gonçalves Data: 25/01/2011	 Data:25/01/2014

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEMPROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

- CZARNECKI, M.; GARWOOD, M.; WEISMAN, S. (2007) - Advanced Practice Nurse-Directed Telephone Management of Acute Pain Following Pediatric Spinal Fusion Surgery. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(3), 159-169.
- HUTH, M.; BROOME, M. (2007) - A Snapshot of Children's Postoperative Tonsillectomy Outcomes at Home. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(3), 186-195.
- PHANEUF, Margot (2005) - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enf.ª Ana Margarida Moreira Data: 20/01/11	Enf.ª Dália Caeiro Enf.ª Isabel Gonçalves Data: 25/01/2011	Data:25/01/2014