

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cuidar da Criança/Família em Processo de Doença

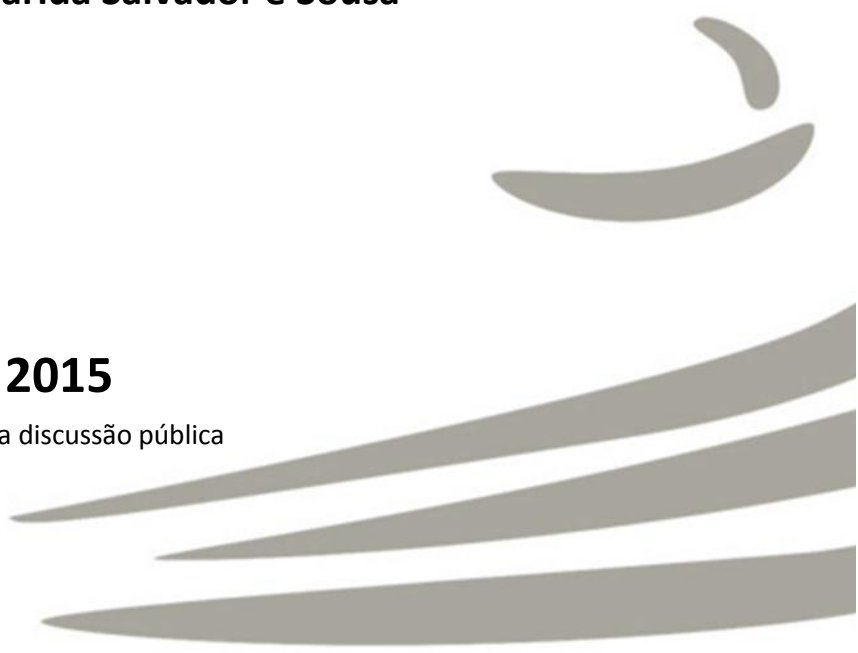
Aguda: A Comunicação como Intervenção

Terapêutica de Enfermagem

Alexandra Margarida Salvador e Sousa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cuidar da Criança/Família em Processo de Doença

Aguda: A Comunicação como Intervenção

Terapêutica de Enfermagem

Alexandra Margarida Salvador e Sousa

Professora Doutora Paula Diogo

2015

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized smile or a series of waves.

“Communication is the heart of nursing ... your ability to use your growing knowledge
and yourself as an instrument of care and caring and compassion”

(Koerner, 2010, p. 68)

AGRADECIMENTOS

Após a realização deste exaustivo trabalho, com todo o empenho e dedicação inerente, considero importante agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para a sua realização.

Agradeço a todos os Enfermeiros que se disponibilizaram e participaram na realização deste trabalho, quer através da sua orientação, quer através da sua colaboração, disponibilidade e simpatia.

À Prof.^a Doutora Paula Diogo pela orientação, ensinamentos e infinita paciência ao longo de todo o percurso. Foi um elemento essencial em todos os momentos!

A todos os professores do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, por todos os conhecimentos transmitidos.

A todos os colegas desta caminhada.

Por fim, gostaria de agradecer a toda a minha família, marido, amigos e colegas por todo o apoio ao longo do trabalho.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Os cuidados centrados na família (CCF) garantem a saúde e o bem-estar da criança e família numa relação de respeito e parceria. Assim, o apoio da família torna-se essencial para que a sua participação nos cuidados à criança seja uma realidade dentro dos CCF. As competências comunicacionais dos Enfermeiros são uma componente essencial dos CCF, como elemento de ligação numa equipa multidisciplinar e cuidadora da criança/família. À medida que a sua intervenção se desenvolve com novas competências, é importante que seja dada também relevância crescente à comunicação. Assim sendo, pretende-se aprofundar a temática das vivências e respostas dos pais perante a doença aguda do filho, tendo como objeto de estudo a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem. Para tal, foi utilizado como metodologia a reflexão sobre e na prática, numa abordagem do Cuidar de Jean Watson, inserido no paradigma da transformação.

Ao longo da experiência de estágio em diferentes contextos pediátricos foram desenvolvidas diversas atividades relacionadas com a problemática, destacando-se a criação de um Manual de Promoção de Saúde: Estratégia de Comunicação para a Saúde, Dossier Temático: A Comunicação Terapêutica com a Família da Criança Hospitalizada, uma norma de Guia Orientador de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao Serviço de Urgência, inserida no Manual de Acolhimento do mesmo.

Pode-se concluir que os Enfermeiros desenvolvem a comunicação como instrumento terapêutico na relação de parceria e de ajuda com a criança/família, na relação com grupos de ajuda mútua, nos momentos de educação para a saúde e ainda na formação das equipas de saúde, sendo o binómio gestão das emoções/gestão da informação transversal no cuidado humano.

PALAVRAS-CHAVE: Relação terapêutica; Cuidados centrados na família; Comunicação; Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

The family-centered care (FCC) ensures the health and the child and family well-being in a relationship of respect and partnership. Thus, family support becomes essential for their participation in child care a reality within the FCC. The communication skills of nurses are an essential component of the FCC, as a liaison in a multidisciplinary team and the child / family caregiver. As his speech develops with new skills, it is important also be given increasing importance to communication. Therefore, we intend to deepen the theme of experiences and parental responses to acute son disease, with the object of study communication as therapeutic intervention of Nursing. To this end, was used as a methodology to reflect on and practice, an approach of Jean Watson Caring, inserted into the paradigm of transformation.

Throughout the internship experience in different pediatric settings have been developed various activities related to the problem, especially the creation of a Health Promotion Manual: Communication Strategy for Health Thematic Dossier: The Communication therapy with Child Family hospitalized, a standard Chart of Good Practice Advisor in Communication Process Therapy with Children / Family refers to the ER, part of the Welcome Guide thereof.

It can be concluded that nurses develop communication as a therapeutic tool in partnership and help with the child / family in relation to self-help groups, the educational moments for health still in training of health teams, being the binomial management of emotions / management of cross-information in human care.

KEYWORDS: Therapeutic relationship; Family-centered care; Communication; Pediatric nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CCF – Cuidados Centrados na Família
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DR – Diário da República
EESCJ – Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FCC – Family Centered Care
GAM – Grupos de Ajuda Mútua
ICN – International Council of Nurses
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNV – Plano Nacional de Vacinação
RN – Recém-Nascido
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SO – Serviço de Observação
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1 – ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA.....	5
1.1 – PARADIGMA DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	5
1.2 – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA.....	8
1.3 – CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA E COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA....	13
2 – PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO.....	18
3 – PERCURSO DE ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM.....	20
3.1 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	22
3.2 – ATIVIDADES DE FORMAÇÃO TRANSVERSAIS.....	48
3.3 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	49
4 – CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO

APÊNDICE II – MANUAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE
COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE III – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: A COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE
SAÚDE INFANTIL

APÊNDICE IV – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: GESTÃO DE EMOÇÕES

APÊNDICE V – DOSSIER TEMÁTICO: A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COM A
FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

APÊNDICE VI – MANUAL DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA

ANEXOS

ANEXO I – ORGANIGRAMA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO INOVAR PARA
MELHOR CUIDAR: NOVOS DESAFIOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS XXI JORNADAS DE PEDIATRIA
DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: PARADIGMA DA TRANSFORMAÇÃO.....	6
--	----------

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de estágio integra-se no âmbito do plano curricular do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A Enfermagem enquanto área de intervenção exige aos profissionais uma atualização constante, pelo que, a decisão de investir na formação profissional e pessoal, torna-se um percurso natural de aprendizagem, assim como uma premissa na procura da excelência do exercício profissional. A realização deste Relatório espelha o percurso formativo no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ), e visa ser objeto de discussão pública para obtenção do Grau de Mestre.

A presente Unidade Curricular - Estágio com Relatório - desenvolveu-se ao longo do 3º semestre em 4 estágios distintos de cuidados à criança, jovem e família: Unidade de Saúde Familiar, Serviço de Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Urgência Pediátrica. A seleção dos locais foi ao encontro das necessidades formativas individuais tendo em conta o interesse pessoal, aquisição de novas experiências e competências de EESCJ, correspondendo aos objetivos traçados.

O Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Segundo o n.º3, do Artigo 4º, do Decreto-Lei n.º16196 de 4 de Setembro (Decreto-Lei n.º161/96), o Enfermeiro Especialista é o Enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialização.

Centrado numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva, integrando as competências analíticas e de síntese, e atendendo às necessidades de aprendizagem individual, o presente relatório tem como finalidades:

- Apresentar a problemática em estudo;

- Apresentar os contextos de estágio, atividades desenvolvidas e resultados da aprendizagem;
- Identificar as principais competências desenvolvidas nos diferentes domínios no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;
- Refletir acerca do impacto deste percurso ao nível pessoal e profissional.

Após revisão da literatura sobre o estado da arte relativamente ao Cuidar em Enfermagem Pediátrica, seguiu-se um período de escolha de uma problemática que marcasse a importância de uma constante melhoria da qualidade dos cuidados prestados, incrementando o espírito dos cuidados centrados na família (CCF), e enfatizando a necessidade da relação de ajuda, tendo surgido o interesse pela área da comunicação. Assim, verificando a necessidade existente de atualização e considerando a comunicação como pedra basilar dos CCF, o problema que se pretende aprofundar são as vivências e respostas dos pais perante a doença aguda do filho. Desta forma surge o título do presente relatório *Cuidar da criança/família em processo de doença aguda: a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem*, que enfatiza o objeto de estudo - a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem.

Para aprofundar esta problemática, nos diferentes contextos de prática clínica, foi usado um método de reflexão sobre e na prática, contribuindo para a capacidade de análise sobre as necessidades de formação e aquisição de competências para o futuro Enfermeiro Especialista. Funcionou também numa lógica de aprendizagem experiencial, considerando a atividade de pensamento e trocas de ideias, com interesse para a prática do profissional, essencial para a melhoria da prática no quotidiano (Mão-de-Ferro, 1999). Todo o percurso foi inscrito numa perspetiva do Cuidar Humano, segundo Jean Watson, abordado de uma forma singular, pensada e criada, considerando o cuidar como o ideal da Enfermagem, que contribui também para as ciências humanas, estabelecendo um conjunto de valores, hipóteses, objetivos e métodos acerca dos humanos e da ciência (Watson, 2002); e ainda, inserido no paradigma da transformação, sendo que os cuidados de Enfermagem têm como objetivo manter o bem-estar, tal como a pessoa o define. Para tal, o Enfermeiro deverá intervir, acompanhando a pessoa nas suas experiências de saúde, tornando-se parceiros nos cuidados individualizados (Silva D. M., s.d.).

A comunicação é uma parte fundamental do exercício de Enfermagem para que possa ser garantido o êxito dos procedimentos técnicos e da relação terapêutica, que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de Enfermagem. Considerada também o eixo integrador entre a prática, ensino e investigação em Enfermagem, a comunicação permite ao Enfermeiro exercer a profissão como ciência e arte, favorecendo a integração do Ser pessoa com o Ser profissional, fundamental na educação em saúde e essencial à saúde da pessoa (Briga, 2010). Uma comunicação eficaz e terapêutica permite ao Enfermeiro planejar, implementar e avaliar os seus cuidados, numa relação de ajuda e parceria com o utente, através de capacidades e habilidades de observação e de comunicação. Desta forma, a comunicação deve ser tema de reflexão permanente por parte dos profissionais de saúde para obter melhores níveis de satisfação durante o processo de cuidar, tanto para o profissional, como para a pessoa de quem cuida.

A comunicação encontra-se presente nas competências do Enfermeiro de cuidados gerais, uma vez que o exercício profissional de Enfermagem se caracteriza pelos princípios humanistas, desde o respeito, liberdade e dignidade humanas, realçando os valores das pessoas e dos grupos, reforçados também nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente nos enunciados descritivos (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Tendo em conta estes valores e princípios, seria impossível dissociar a importância da comunicação do exercício de Enfermagem. Relativamente às competências do EESCJ, a comunicação encontra-se presente de uma forma transversal, através de uma filosofia centrada na criança e família, encarando este binómio como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2010). Nomeadamente na unidade de competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” presente nesta área, na qual os critérios de avaliação são: demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; relacionar-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e ainda demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2010).

Estruturalmente, o presente relatório será organizado inicialmente por um enquadramento da temática que aborda os principais conceitos, seguindo-se uma abordagem mais específica do problema e objeto de estudo, assim como uma descrição

do percurso para o desenvolvimento de competências de EESCJ, e terminando com uma descrição dos projetos futuros e principais conclusões.

1 - ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

1.1 – PARADIGMA DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

A Enfermagem, como profissão em constante evolução, desenvolveu um conjunto de conhecimentos, através de conceitos e teorias que dão apoio à sua prática, sendo os conceitos mais significativos: a pessoa, o ambiente, a saúde e os cuidados de Enfermagem. É a partir da pessoa que surgem os demais conceitos, sem os quais a profissão não pode evoluir.

Enfermagem e cuidados de saúde de qualidade exigem um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano. Contudo, o conceito da função de cuidar do Enfermeiro encontra-se ameaçado pela tecnologia e tarefas administrativas para irem ao encontro das necessidades do sistema. Desta forma, a preservação e progresso do cuidar torna-se uma questão crítica para a Enfermagem dos nossos dias (Watson, 2002). Ao longo dos tempos foram várias as concepções teóricas que surgiram para orientar a prática da Enfermagem. A teoria de Jean Watson do cuidado humano enfatiza dois aspetos do cuidar irremediavelmente associados, o essencial e o acessório dos cuidados de Enfermagem. Assim, a “essência dos cuidados de Enfermagem é a ação interpessoal do Enfermeiro e do utente, com vista a produzir neste um resultado terapêutico”, enquanto “o acessório dos cuidados de Enfermagem é o conjunto das técnicas, protocolos, terminologias, formas de organização, contexto dos cuidados, entre outros, utilizados pelos Enfermeiros” (Hesbeen, 2000, p.64). Desta forma, Watson coloca ênfase no essencial, ou seja, na relação entre o prestador de cuidados e o seu beneficiário, esperando um resultado terapêutico que contribuirá para o bem-estar. Centrar a intervenção em Enfermagem na tarefa a efetuar é centrá-lo no acessório, faltando-lhe a sua dimensão essencial para a qual são necessários verdadeiros profissionais (Hesbeen, 2000).

A teoria de Cuidar de Watson apresenta uma interação subjetiva e humanista, através do cuidar transversal, sendo uma arte, uma ciência humana e um ideal moral de Enfermagem. Segundo a mesma autora, o objetivo da Enfermagem é ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, corpo e alma, gerando processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado, através do

processo de cuidar e transações do cuidar que respondem ao mundo interior da pessoa, encontrando significado na sua existência e determinação nas decisões de saúde e doença (Watson, 2002). Neste sentido, a mesma autora refere ainda que “o valor do cuidar envolve um maior sentido do ser (...) uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade” (p.60). Assim, a Enfermagem pode ser definida como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana, com experiências de doença que são mediadas pelas transações humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético (Watson, 2002).

Segundo Kérouac *et al.* (1994), citado por Diogo (2015), a evolução das escolas de pensamento podem ser categorizadas em três paradigmas: paradigma da categorização, integração e transformação. A escola do ser humano unitário e a do cuidar com um pensamento orientado para uma abertura para o mundo pertence ao paradigma da transformação, que perspetiva os fenómenos como únicos, em interação com tudo o que os rodeia, sendo que as mudanças ocorrem para um nível de organização superior, através de estádios de organização e desorganização. Assim, a pessoa é considerada como um ser único, maior que a soma das partes, com diversas dimensões e indissociável do seu universo. Por sua vez, a saúde é concebida como um valor e uma experiência, encarada na perspetiva de cada um e englobando a unidade pessoa/ambiente. No paradigma da transformação (Figura 1), os cuidados de Enfermagem têm como objetivo manter o bem-estar, tal como a pessoa o define. Para tal, o Enfermeiro deverá intervir, acompanhando a pessoa nas suas experiências de saúde, tornando-se parceiros nos cuidados individualizados (Silva D. M., s.d.).

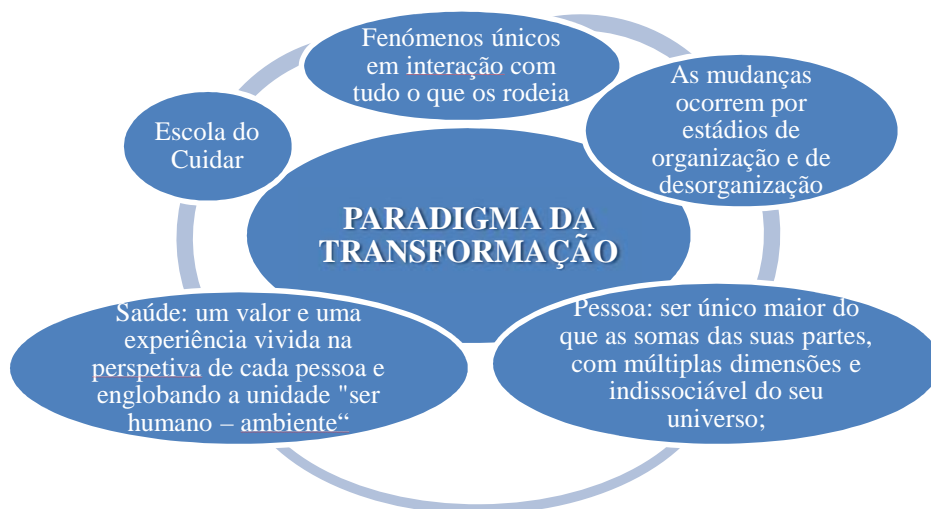


FIG.1: PARADIGMA DA TRANSFORMAÇÃO (BASEADO EM SILVA D.M., S.D.)

O conceito de cuidar diz respeito a todos os profissionais de saúde, uma vez que lhe confere os meios para as suas ações e os suportes de ajuda que podem prestar às pessoas (Hesbeen, 2000). O ideal do cuidar é um ponto de partida que se deverá tornar um compromisso consciente que se reflete em atos concretos. Como ideal moral, o cuidar transcende o ato específico de um Enfermeiro, produzindo atos coletivos da profissão de Enfermagem que tem consequências importantes para o ser humano (Diogo, 2012; Watson, 2002).

A Enfermagem possui trunfos suplementares e oportunidades maiores para exercer a arte do cuidar, através da possibilidade de estar próxima das pessoas ao longo do dia, num espaço de liberdade para atuar como prestadora de cuidados, possuindo meios e tempos de ação mais amplos que os outros profissionais. Quando se atingem os limites de intervenção dos outros profissionais de saúde, a Enfermagem tem sempre a possibilidade de fazer algo, mesma nas situações mais desesperantes (Hesbeen, 2000).

Cuidar é um ato individual que se presta desde que se adquira autonomia, mas igualmente um ato de reciprocidade, no qual o Enfermeiro é levado a prestar ajuda à pessoa com necessidade (Collière, 1989). Segundo Watson (2002), todo o cuidar se encontra relacionado com respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença, um conhecimento de saúde-doença, interações ambiente-pessoa, um conhecimento do processo de cuidar e conhecimento das próprias capacidades e limitações. Cuidar requer uma elevada consideração pela pessoa e vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha, com ênfase no mundo subjetivo-interno do indivíduo e como este compreende a experiência da condição saúde-doença. Desta forma, o Enfermeiro deverá ser encarado como um coparticipante no processo do cuidar, ajudando o indivíduo/família na aquisição de maior conhecimento, controle e preparação para o cuidado (Watson, 2002).

No cuidar há um comprometimento em promover a humanidade, individualidade e dignidade de cada pessoa, traduzido num elevado nível de empenhamento por parte do Enfermeiro, essencial para dar resposta às diferentes situações com as quais se depara na sua prática profissional, equacionando variáveis complexas, tais como a sua prestação como pessoa e profissional, e ainda, o contexto e o objeto da sua ação com as suas características próprias. A esta capacidade complexa e dinâmica de resposta

denomina-se de competência (Collière, 1989, Benner, 2005, Phaneuf, 2005). A competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas que permitem exercer um papel, função, tarefa ou atividade. Esta afirma-se na complexidade de situações reais, nas quais o Enfermeiro utiliza os seus conhecimentos de forma pertinente, adequada, eficaz e responsável (Phaneuf, 2005). Por sua vez, Benner (2005), refere que no domínio do cuidar se podem considerar vários níveis de competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Contudo, o Enfermeiro perito não necessita de se apoiar em princípios analíticos para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado, estes possuem uma grande capacidade de adaptação, utilizando e adequando experiências concretas do seu passado profissional em situações atuais idênticas.

Assim, o cuidar constitui a essência no campo da competência específica da Enfermagem, sendo que ninguém exerce Enfermagem sem comunicar eficientemente; uma vez que a pessoa enriquece o seu referencial de conhecimentos, transmite sentimentos e pensamentos, esclarece, interage e conhece o que os outros pensam e sentem, face à capacidade de perceber e comunicar. A comunicação no cuidar é holística, considerando a pessoa como um todo, evidenciando respeito pelo utente como pessoa. Desta forma, o Enfermeiro ajuda as pessoas que cuida numa função tão complexa, individual e única como é a comunicação (Riley, 2004; Henderson, 2004).

1.2 – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

A perspetiva da Enfermagem enquanto ciência com uma orientação prática visa fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as necessidades em cuidados de Enfermagem e a melhor forma de cuidar das pessoas, famílias e comunidades, tendo por finalidade uma assistência de qualidade (Pereira, 2007). A qualidade é, fundamentalmente, uma filosofia de vida antes de ser uma filosofia de ação, que o profissional deve incorporar na sua prática diária. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003, p.4), um serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de modo seguro e sem desperdício.” Por sua vez, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sob a necessidade de refletir a

melhoria dos cuidados de Enfermagem a fornecer ao cidadão e o exercício profissional dos Enfermeiros (OE, 2001). De forma a melhorar a segurança do utente, considerada um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde, deverá existir um forte e leal compromisso com a chefia ao nível da criação de culturas de segurança para que o profissional se sinta mais apoiado e em constante aprendizagem (Malone, 2004).

A comunicação em saúde é essencial para a segurança e eficácia dos cuidados prestados, e conseqüentemente para a qualidade dos mesmos, influenciando o percurso do utente, a adesão e resultados do seu tratamento, adaptação à doença ou recuperação (Levetown, 2008).

Ao longo do tempo, a comunicação tem adquirido um valor fundamental, tornando-se estratégica na qualidade e gestão dos problemas de Enfermagem; assume também importância na relação que se estabelece entre os diferentes intervenientes no processo de cuidar, mas também é um indicador da qualidade dos cuidados (Briga, 2010). A capacidade de comunicar com outras pessoas é inerente ao comportamento humano e integrante de todo o percurso de uma vida, assumindo especial relevância na relação entre pessoas. É um processo de compreender e compartilhar mensagens emitidas e recebidas, de modo que as próprias mensagens e sua interação influenciam o comportamento das pessoas envolvidas, num processo de criação e recriação de informação, troca, partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas (Phaneuf, 2005). No processo comunicativo, o ambiente tem uma influência decisiva na sua qualidade e no seu resultado, uma vez que pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicofisiológicas dos envolvidos interferindo na expressão e percepção das ideias.

A comunicação entre seres humanos toma diferentes formas, que são complementares e correspondem às componentes funcionais do ser humano na sua dimensão relacional, desembocando nas sensações, emoções e cognição. Assim, as sensações e emoções são veiculadas por sinais corporais que apoiam, completam ou contradizem as palavras, denominando-se linguagem não-verbal. Por sua vez, a cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras, referindo-se à comunicação verbal. Ambas as formas de expressão são importantes de conhecer em cuidados de Enfermagem, uma vez que possuem características e limites próprios (Phaneuf, 2005).

As mensagens transmitidas podem ser voluntárias e respondem às necessidades do momento, mas podem também ser involuntárias, acidentais ou mesmo inconscientes. No entanto, a comunicação entre pessoas exige que a mensagem tenha um significado comum, através de um processo contínuo, em que cada momento é único e não se repete, pelo que os primeiros minutos da comunicação são essenciais e dão o tom à relação (Stefanelli, 2005).

Stefanelli (2005) diferencia a comunicação humana e terapêutica, sendo a primeira entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como são trocadas exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas; enquanto a comunicação terapêutica é o uso da comunicação humana com o objetivo de ajudar a outra pessoa desenvolvendo relações interpessoais construtivas.

A comunicação Enfermeiro/utente deve ser terapêutica, uma vez que para comunicar, enquanto profissional, tem de se aprender, analisar e treinar a sua prática quotidiana, com uma atitude terapêutica que promova a independência e favoreça a cooperação. Pode-se considerar que a comunicação é terapêutica quando ajuda, promove e dá oportunidade ao utente de crescer, amadurecer, equilibrar-se e ser atendido nas suas necessidades (Briga, 2010).

Na prática da Enfermagem, a comunicação é um instrumento básico e o fundamento para as relações Enfermeiro/utente, constituindo o suporte de todas as ações dos Enfermeiros. Quando as palavras não têm mais significado e o saber confronta com uma sensação de impotência, é possível entrar num mundo complexo, no qual o contacto, o olhar e a expressão corporal se tornam os únicos mensageiros de uma comunicação com o utente (Lannbere, 1995).

Os Enfermeiros utilizam algumas estratégias para um cuidado mais humano e afetivo. Contudo, um estudo realizado por Ley (1988), citado por Pereira (2008), apresenta uma percentagem de 38% de utentes insatisfeitos com os cuidados no Hospital por falta de comunicação e de informação suficiente. Ao avaliar o impacto da informação sobre a sua situação clínica, os utentes mais informados são os mais satisfeitos e menos ansiosos, pelo que parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes.

No cuidar em Enfermagem, saber escutar e colocar as questões certas são a chave da intervenção terapêutica. Numa situação de desequilíbrio emocional, num estado de tensão e com sentimentos de culpabilização e medo, os familiares vivenciam uma panóplia de sentimentos, pelo que identificar as suas emoções, atitudes, medos e preocupações é uma forma de ajudar essencial no papel do Enfermeiro (Jorge, 2004).

As pessoas agem de acordo com o significado que as coisas têm para elas, sendo que o seu comportamento e conduta são pautados pela forma como a pessoa percebe os fatos à sua volta. A comunicação está presente em todos os momentos da atuação do Enfermeiro, sendo essencial a familiarização com os pressupostos que fundamentem a importância da competência em comunicação e a constitua como o pilar de sustentação dos cuidados de Enfermagem.

Com a relação terapêutica, o Enfermeiro desenvolve-se, conhece-se melhor e ajuda o utente a desenvolver-se também. Esta relação distingue-se das outras de caráter social, no sentido em que é estabelecida em benefício do utente, visando o alcance ou manutenção de um nível ótimo de saúde, através de confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros. A interação entre o Enfermeiro e o utente, através da comunicação terapêutica, proporciona a oportunidade de um relacionamento humano que atinge os objetivos da prática do cuidar. É por este meio que o Enfermeiro acolhe o utente, pesquisando os seus dados, as suas necessidades, sentimentos e pensamentos, oferecendo-lhe elementos para que ele desenvolva a sua capacidade de autocuidado e satisfação das suas necessidades (Stefanelli, 2005).

Um estudo referente às expectativas dos utentes relativamente aos Enfermeiros, realizado por Millar (1996) e citado por Briga (2010), diz que a comunicação foi considerada como primordial na relação Enfermeiro/utente, sendo que as suas expectativas relativamente à atitude do Enfermeiro passam por: ter amabilidade de se apresentar; explicar os tratamentos e resultados obtidos; despende o tempo necessário para falar com o utente; mostrar-se consciencioso e recetivo às suas perguntas; informar dos cuidados programados diariamente; mostrar coerência na transmissão de informação; responder aos chamamentos e pedidos dentro de um período de tempo razoável; assumir a continuidade dos cuidados; informar acerca das consequências da doença; transmitir a informação acerca dos utentes à restante equipa, e por fim, mostrar interesse nos seus problemas e preocupações. Citando Phaneuf (2005) quando o Enfermeiro está em

interação com o utente deve exprimir-se de forma a ser compreendido, pelo que a forma de se exprimir deverá ser: simples, usando termos facilmente compreendidos pelo utente, excluindo abreviaturas ou linguagem técnica; clara, realizando explicações necessárias, evitando confusões; breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver, para que o utente não se perca na explicação; apropriada ao tempo e às circunstâncias, escolhendo o momento, hora e estado emocional do utente mais conveniente para comunicar as informações necessárias, e ainda, adaptável às reações do utente, sendo que o Enfermeiro deve estar em condições de obter qualquer oposição, incompreensão ou emoção que surja durante um diálogo. Contudo, existem diversas interferências que podem surgir na comunicação Enfermeiro/utente, podendo tratar-se de interferências externas (chamadas telefónicas, alarmes, etc.) e interferências internas (défices físicos, etc.) (Briga, 2010), que devem procurar ser reduzidas ou eliminadas.

Uma das condições para o êxito na prestação de cuidados passa pela capacidade do Enfermeiro em ouvir, compreender, estar atento, interessado e saber demonstrá-lo ao utente. O comportamento não-verbal é importante na primeira fase da relação, pela abundância de sinais não-verbais transmitidos, sendo que o utente se sentirá mais apoiado e capaz de se envolver na relação e revelar as suas necessidades, consoante a abordagem do profissional. Segundo Mehrabian, citado por Phaneuf (2005), a linguagem não-verbal traduz 93% do significado das mensagens. Desta forma, o Enfermeiro deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não-verbal quando em interação com os utentes, procurando as suas emoções e reações; no entanto, deve também ter em atenção à sua própria linguagem não-verbal nesta interação. A concordância entre o verbal e não-verbal necessário à comunicação apela ao conceito de autenticidade, congruência e assertividade, intimamente ligada ao comportamento profissional do Enfermeiro (Riley, 2004).

No desenvolvimento do processo terapêutico existem técnicas de comunicação terapêutica que facilitam a interação Enfermeiro/utente em situações específicas. Na implementação do processo de Enfermagem, o Enfermeiro deve recorrer a técnicas de comunicação terapêuticas como: escuta, capacidade em demonstrar interesse enquanto observa as reações do utente face às mensagens recebidas; silêncio, capacidade em comunicar ao utente a sua aceitação de forma não-verbal; orientação, instruções dadas ao utente com o intuito deste saber o que se espera dele; comentários abertos,

observações de âmbito geral capazes de direcionar a interação e encorajar o utente a prosseguir; redução da distância, transmitindo a mensagem que o Enfermeiro quer estar próximo do utente; consideração, reconhecimento da importância do utente na interação; recapitulação, validação da interpretação da mensagem por parte do Enfermeiro ao utente; reflexão, remeter ao utente as suas próprias ideias, sentimentos, questões e conteúdo, com o intuito deste reconhecer a importância das mesmas; clarificação, desenvolver a conversa com o utente de forma a compreender a mensagem recebida; validação consensual, demonstra o desejo do Enfermeiro em compreender o significado de sinais, conotação de palavras específicas emitidas pelo utente; focalização, questões ou afirmações com o intuito de ajudar o utente a desenvolver uma ideia; síntese, revisão através da qual é feita uma constatação dos principais temas discutidos durante a interação e, finalmente, planificação, decisão mutua relativamente à finalidade e direção das interações futuras.

O uso da comunicação terapêutica é essencial para ajudar o utente a mover-se da dependência para a interdependência e independência, dentro das suas possibilidades, sendo o principal objetivo a autonomia do utente para desenvolver a própria vida. Assim, as competências dos Enfermeiros em comunicação interpessoal e ajuda são uma componente fundamental do seu papel e pré-requisitos para cuidados de Enfermagem de qualidade (Stefanelli, 2005; Briga, 2010).

1.3 – CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA E COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Na perspetiva do modelo sistémico, a família constitui um sistema aberto em que os elementos interagem permanentemente entre si e o meio, através de dinâmicas internas e interpessoais que, juntamente com o ambiente, regulam o seu funcionamento. Nesta complexa rede de interações, o comportamento de um membro da família afeta todos os outros, assim como o comportamento da família enquanto sistema (Jorge, 2004). A família apresenta também a capacidade de auto-organização, pelo seu dinamismo próprio, individualidade e autonomia, uma vez que integra as influências externas no seu funcionamento mas não depende delas; a sua força interna confere-lhe ainda uma capacidade auto-organizativa que lhe confere coerência e consistência.

A forma como cada família responde à situação de doença depende da forma como a doença aguda ou crónica surge, sendo que o *stress* vivenciado numa situação de doença aguda requer mudanças comportamentais e afetivas num período de tempo curto, assim como uma rápida mobilização das competências familiares para lidar com a situação. Além do mais, as incertezas diagnósticas são consideradas bastante dramáticas para a família, envolvendo-a numa crise emocional que afeta todos os seus elementos. Neste sentido, a admissão de uma criança no Hospital é considerada uma situação de crise familiar que causa desequilíbrio físico e psicológico que pode diminuir as capacidades habituais de enfrentar os problemas (Jorge, 2004).

Como anteriormente referido, as reações dos pais perante a hospitalização do filho dependem de fatores como a gravidade e eminência de ameaça ao seu filho, constrangimentos situacionais, mobilização de recursos, experiências anteriores de doença e valores individuais. Segundo Schmitz (1989), citado por Jorge (2004), são inúmeros os problemas que os pais enfrentam perante a hospitalização de um filho, tais como medo da doença e do desconhecido, sentimentos de culpa e/ou ambivalência para com o filho, insegurança e ausência de controlo em relação ao meio hospitalar, mudanças de hábitos de vida e no atendimento das necessidades do filho doente e dos outros filhos; insegurança quanto aos tratamentos e resultados, problemas financeiros, de emprego e outros de natureza social, e ainda, padrões comportamentais solicitados e diferentes dos habituais. Desta forma, existem diversas reações e fases que podem surgir na adaptação dos pais à hospitalização/doença do filho, tais como: negação e descrença, numa fase inicial; raiva, que pode ser direcionada para a criança, para si ou para os outros; sentimentos de culpa perante a doença do filho, questionando-se acerca da sua própria capacidade de cuidar e da falha no seu papel; frustração e perda de controlo, devido à falta de informação, de incerteza e respeito das regras e regulamentos do Hospital, depressão, que pode surgir após a crise aguda e recuperação total e, ainda, medo e ansiedade, relacionados com a gravidade da doença e tipos de tratamentos necessários que possam ter conseqüente trauma e dor na criança. Em cada uma das fases, o Enfermeiro deverá saber minimizar os efeitos negativos desta hospitalização, através da escuta e de um diálogo adequado, combatendo sentimentos de culpabilização ou fracasso (Hockenberry & Wilson, 2014). Para tal, os pais devem ser incentivados a participar nos cuidados ao filho, fazendo parte integrante da equipa, facilitando a

manutenção de laços familiares, componente vital para o ajustamento social e psicológico durante o processo de doença, tendo o Enfermeiro como elo fundamental para a ligação da criança, pais e outros profissionais da equipa. Segundo Schmitz (1989), citado por Jorge (2004), os cuidados prestados à criança pelos pais são mais adaptados e satisfatórios, o que lhe confere mais segurança. Desta forma, a participação ativa dos pais nos cuidados físicos e emocionais dos filhos, alivia o sentimento de culpa e estimula o papel dos pais, assim como a sua presença durante a hospitalização permite desculpabilizá-los em relação à doença e restaurar-lhes a autoconfiança quanto à capacidade de cuidar do filho.

Ao acompanhar a evolução da situação da criança, a ansiedade dos pais diminui, participando nos cuidados e preparando-se para garantir continuidade após a alta. Além do mais, a presença dos pais evita o desencadeamento de reações emocionais causadas pela separação da criança/família, promovendo também a mediação entre profissionais e criança, concordando com Watson, que coloca ênfase na relação entre o prestador de cuidados e o seu beneficiário (Crepaldi & Varella, 2000; Hesbeen, 2000).

Assim, promover CCF envolve o reconhecimento da família como uma parte essencial nos cuidados à criança e na sua experiência de saúde/doença e conseqüente aumento da qualidade dos cuidados (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009). Os CCF são uma abordagem inovadora para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, baseado numa relação de mútuo benefício para as crianças/famíliares e profissionais de saúde. Para tal, é importante que o Enfermeiro clarifique os seus próprios valores, o que lhe irá permitir funcionar como modo terapêutico, comprometendo-se nos cuidados que presta, reconhecendo a importância dos CCF no processo de saúde/doença em Pediatria (Lopes, 2006).

Os CCF garantem a saúde e o bem-estar à criança e sua família através de uma relação de respeito entre a criança/família e o profissional, honrando os pontos fortes, a cultura, a tradição e os conhecimentos que todos os elementos desta relação trazem para a mesma. Estes fazem por se centrar nos cuidados à pessoa e não à sua condição, sendo o utente melhor entendido no seu contexto de família, cultura, valores e objetivos, respeitando o seu contexto, o que irá resultar em melhores cuidados de saúde, maior segurança e satisfação (O'Malley, Brown, & Krug, 2008). Contudo, providenciar

cuidados centrados na criança/família em doença aguda representa uma série de oportunidades e desafios.

O compromisso dos CCF garante que as experiências e perspetivas da criança/família guiem a prática de cuidados culturalmente sensíveis, promovendo a dignidade, conforto e autonomia do utente. A informação e suporte adequados deveriam ser providenciados à criança/família em todas as intervenções, sendo a comunicação considerada uma pedra angular nos CCF (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

Ao trazerem o filho doente para o Hospital, os pais encontram-se ansiosos e impotentes, não entendendo muitas das informações prestadas. Contudo, raramente pedem explicações, intimidados pelo tipo de discurso instrumental, quando os profissionais lhe falam, e hermético, quando falam entre si. A situação emocional e as diferenças culturais podem tornar incompreensíveis as informações mais simples, o que torna a situação ainda mais dramática, principalmente, nas hospitalizações de urgência. Desta forma, é essencial a disponibilidade dos Enfermeiros para ouvir os pais e a criança, para que as questões possam ser reformuladas e a família se organize dentro desta nova situação (Jorge, 2004). Ao negociar os cuidados que a criança necessita, a equipa deve explicar também quais as funções que a família pode exercer, proporcionando segurança aos pais e tornando-os colaboradores na equipa, uma vez que no momento que entram no Hospital não é claro para si a natureza ou a extensão da sua participação nos cuidados (Neto do Nascimento, 2013).

A informação aos pais é um direito do qual os profissionais de saúde não se devem demitir, devendo esta ser orientada, clara, precisa e adequada ao seu nível de linguagem, favorecendo a sua compreensão. A falta de informação é considerada pelos pais como a causa de maior ansiedade e preocupação, pelo que esta deve ser fornecida gradualmente aos pais, através de um processo que envolva os técnicos, as crianças e os próprios pais. O fornecimento de informação não só tranquiliza e encoraja, uma vez que constitui reconhecimento explícito da comunicação para os utilizadores do serviço (Jorge, 2004). Constata-se assim que as competências comunicacionais afetam a experiência de processo de doença, pelo que o papel comunicacional do Enfermeiro poderá contribuir para reduzir a ansiedade da criança e família (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009). Contudo, a transmissão de informação implica uma avaliação emocional dos pais, assim como do seu nível de compreensão, cultural e desejo de receber

informação. O Enfermeiro deverá saber escolher as palavras e momentos oportunos, enfatizando os aspetos positivos, de forma a diminuir a ansiedade infundada e desnecessária. É fundamental reforçar a autoestima, estimular a verbalização das preocupações e dúvidas e, fundamentalmente escutá-los, tendo em conta que a ansiedade dos pais diminui a perceção e conduz a más interpretações. A informação fornecida aos pais ao longo do internamento deve ter também em conta a evolução da situação da criança, doença e tratamento, mas também questões simples como se dormiu ou comeu bem, uma vez que estes fatores podem ser mais tranquilizadores para os pais do que informações detalhadas sobre o tratamento ou exames. O Enfermeiro que pretenda uma comunicação eficaz deve saber ouvir, identificar os seus sentimentos e tentar reconhecer os da pessoa com quem pretende comunicar, utilizando técnicas de comunicação, como o silêncio, a reflexão, a recetividade, o esclarecimento e ser coerente nas suas mensagens (Jorge, 2004).

2 – PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Dada a sua natureza, o ser humano está determinado a atribuir sentido a tudo o que vê, sente e experimenta, e esta resolução é o que explica realmente o que é e em que consiste a comunicação. Por constituir algo tão inerente ao ser humano, a comunicação ocorre em todos os momentos da vida e é o meio pelo qual o indivíduo participa no mundo que o rodeia e compartilha as experiências vividas (Mambriani, 1993; Silva D. M., s.d.). Por sua vez, a comunicação terapêutica é considerada como o uso da comunicação humana com o objetivo de ajudar a outra pessoa, desenvolvendo relações interpessoais construtivas (Stefanelli, Carvalho, & Arantes, 2005).

Refletir sobre e na prática de Enfermagem numa perspetiva de pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais, atingindo os objetivos da prática do cuidar e melhores níveis de satisfação durante o processo de cuidar, tanto para o profissional, como para a pessoa de quem cuida (Nascimento & Trentini, 2004).

A comunicação surge na Enfermagem como um instrumento indispensável do cuidar, contudo, para que seja eficaz, é necessário conhecimento e esforço. Em contexto de cuidados em Pediatria, a comunicação ativa transcende a relação Enfermeiro/criança, remetendo à teoria de Cuidar de Watson, uma vez que envolve a coordenação e cooperação dos elementos da equipa, família incluída, abrangendo o estudo da situação física, psíquica e social da criança e conhecendo o seu comportamento, atitudes e comunicação verbal ou não verbal (Jorge, 2004), olhando para a criança/família como um todo. Desta forma, ao Enfermeiro são exigidas elevadas competências cognitivas e técnicas para garantir o êxito dos cuidados e assegurar o bem-estar da criança/família, através da compreensão global do processo de doença e ainda da relação criança/família. Para tal, o Enfermeiro deve possuir conhecimentos e competências sobre o processo de socialização, formação de atitudes, desenvolvimento e crescimento da criança, com conhecimentos específicos e capacidade de ensino eficaz e atitudes apropriadas para comunicar as informações necessárias, envolvido numa teoria de cuidar. Relativamente às competências do EESCJ, a comunicação encontra-se presente de uma forma transversal, utilizando um modelo concetual centrado na criança e família, encarando este binómio como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2010). O

EESCJ trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa de forma a promover o mais elevado estado de saúde na criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à família através de segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, através de cuidados diferenciados centrados na unidade familiar. No que se refere a áreas de competência, o Regulamento das Competências Específicas do EESCJ denomina: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010). A OE confere um especial ênfase à comunicação na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem, considerando as especificidades e exigências do desenvolvimento nas etapas desta fase do ciclo vital, o Enfermeiro deverá responder eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude. Na unidade de competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” presente nesta área, os critérios de avaliação passam por: demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; relacionar-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e ainda demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2010).

Considerando a comunicação essencial nos CCF, inserida na teoria do cuidar, e a necessidade constante de atualização de estratégias de comunicação, o problema que se pretende aprofundar são as vivências e respostas dos pais perante a doença aguda do filho e como objeto de estudo a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem. Ao refletir acerca da temática e problema propostos, surge a seguinte pergunta de partida: *Como é que a comunicação do Enfermeiro com a criança/pais interfere nos cuidados prestados em Pediatria e no cuidar na doença aguda?* Sendo que, com esta questão, surgem várias outras: *Qual o tipo de comunicação estabelecida entre o Enfermeiro e a criança/família nos diferentes serviços de Pediatria?; Quais as necessidades de comunicação dos pais perante a doença aguda?; e ainda, Como é que a comunicação interfere na qualidade dos cuidados de Enfermagem?.*

3 - PERCURSO DE ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

Benner enfatiza que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2005, p.14). Assim, para desenvolver competências que tornem o profissional perito em determinadas áreas de conhecimento, devem ser adquiridos conhecimentos perceptivos, devidamente fundamentados e aprofundados pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que permitam prestar cuidados individualizados, numa perspetiva holística. A Enfermagem perspetiva os seres humanos como sujeitos vivenciados em interligação com o ambiente, considerando a saúde um processo em mudança contínua e o Enfermeiro e a pessoa como participantes.

Ao EESCJ impõe-se o desenvolvimento de competências que lhe permita integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções para as mesmas. Simultaneamente, a reflexão, a tomada de decisão e a comunicação são também capacidades importantes a desenvolver. Para aprofundar a problemática nos diferentes contextos de prática clínica foi usado uma metodologia de reflexão sobre e na prática, sob a perspetiva da teoria de Cuidar de Watson, contribuindo para a capacidade de análise sobre as necessidades de formação e aquisição de competências para o futuro EESCJ. Funcionou também numa lógica de aprendizagem experiencial, tendo em conta a atividade constante de pensamento e trocas de ideias, com interesse para a prática do profissional como essencial para a melhoria da prática no seu quotidiano. Esta metodologia pretendeu estimular a capacidade de análise sobre as necessidades de formação pessoal e da equipa de trabalho, sobre as suas atitudes e comportamentos e a melhoria constante da qualidade; para que o profissional reconheça os conhecimentos adquiridos como contributo para o sucesso da sua atividade, quer em termos de relacionamento, quer do aumento do rendimento daquilo que desenvolve (Mão-de-Ferro, 1999).

Os estágios permitem complementar a formação teórica dando oportunidade de contactar com múltiplas realidades de cuidados à criança, inserida em diversos

contextos. O processo de cuidados à criança e família é entendido como um método de descoberta, clarificação e ação que visa a promoção, manutenção e recuperação da saúde e bem-estar. É um processo de cuidados continuado e centrado na unidade familiar que implica tomadas de decisão contextualizadas dos parceiros envolvidos: criança, família e enfermeiros, funcionando como um todo.

Os Enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios do saber prático, consideradas competências comuns, seja qual for a área de especialidade, sendo que a sua atuação inclui competências aplicáveis em diferentes ambientes: cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Diário da República, 2011). Desta forma, foram quatro os contextos de cuidados para a concretização deste percurso formativo: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), Serviço de Internamento e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). Considerando o percurso, experiência profissional e as competências definidas pela OE para o EESCJ, foram definidos objetivos gerais, transversais a todos os contextos de estágio, sendo:

- Prestar cuidados de Enfermagem especializados e diferenciados em diferentes contextos de Saúde da Criança e do Jovem visando o desempenho ao nível científico, técnico e humano em situações de maior complexidade;
- Desenvolver competências de EESCJ com vista ao aperfeiçoamento de técnicas de comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem na relação enfermeiro/criança/família.

Foram realizadas diferentes atividades de estágio para promover o crescimento e desenvolvimento tanto pessoal como profissional, contribuindo para a aquisição de competências, quer através de tarefas reflexivas, como através da elaboração de manuais e normas, promovendo boas práticas no quotidiano, e também, partilhando experiências e resultados, no que se refere a atividades instrumentais. Nas atividades de formação, as atividades realizadas permitiram promover a formação contínua dos profissionais de saúde, destacando a importância da constante aprendizagem, apelando à melhoria dos cuidados e ao objetivo de máxima qualidade nos mesmos.

A importância da comunicação nos cuidados de Enfermagem e no quotidiano hospitalar é inquestionável, sendo que o sucesso dos CCF depende da extensão de formação comunicacional a todas as áreas da Enfermagem. O comprometimento da continuação

deste tipo de formação, alargada aos diferentes profissionais de saúde, é essencial para a melhoria constante da qualidade dos cuidados (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009). Os Enfermeiros procuram integrar na sua prática de cuidados, o processo de constante reflexão em que a conceptualização, aplicação, sintetização e avaliação da informação deverá ser ponderada para que sejam tecidas decisões clínicas. Os Enfermeiros estão comprometidos com a prestação de cuidados humanísticos, remetendo à teoria de cuidar de Watson, sendo que os efeitos das suas decisões afetam a vida das pessoas. Assim, o seu pensamento deve ser orientado para um raciocínio exato, seguro e disciplinado que promova a competência reflexiva, permitindo novas formas de intervenção (Lage, 2004). Os Enfermeiros podem escolher métodos que possibilitem o acesso ao mundo subjetivo e interior dos significados de outra pessoa, estudar o mundo interior das experiências, desenvolvendo novas ideias acerca do significado do ser humano, ser enfermeiro, estar doente, cuidar ou ser cuidado.

Nos próximos subcapítulos serão analisadas as atividades realizadas em cada ensino clínico, segundo os objetivos delineados para cada contexto de estágio (Apêndice I), demonstrando o que foi vivenciado e descrevendo os principais contributos para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EESCJ.

3.1 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

“As comunidades saudáveis oferecem às crianças não apenas cuidados médicos de alta qualidade, como também um local seguro e acolhedor para viver e crescer.”

(Hockenberry & Wilson, 2014, p.72)

O primeiro estágio foi realizado numa USF, pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A opção de estagiar neste local adveio do facto de desconhecer a sua forma de organização, filosofia de cuidados assim como o seu método de trabalho, considerando uma mais-valia para a aquisição de experiências e competências na área de Saúde Infantil e Comunitária. Tendo em conta os objetivos gerais já referidos, foram delineados alguns objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica orgânico-funcional, referências e modelos de intervenção orientadores da prática;
- Compreender a comunicação Enfermeiro/pais/criança no processo de cuidados em Cuidados de Saúde Primários (CSP);
- Planear e executar as intervenções de Enfermagem facilitadoras de uma comunicação adequada nos diferentes momentos de interação com a criança/família;
- Desenvolver capacidades e habilidades facilitadoras da comunicação Enfermeiros e pais/crianças;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de CCF e de qualidade em saúde;
- Desenvolver uma reflexão contínua sobre as competências do EESCJ como promotor da comunicação nos CCF.

Os CSP são o primeiro nível de contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham. São os cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente idóneas e socialmente aceitáveis, tornadas universalmente acessíveis para a comunidade através da sua participação integral, a um custo acessível (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). Podem ser considerados quatro princípios para os CSP, sendo: serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis; participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde; abordagens intersectoriais à saúde e tecnologia apropriada (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

No enquadramento legislativo atual dos CSP encontra-se um modelo direcionado para os cuidados de proximidade efetivados pelas USF. Estas assumem-se como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Diário da República n.º 16, Iª Série de 22 de Agosto, 2007), emergindo como contexto para direcionar o alvo e o foco da prática de Enfermagem para o sistema familiar. Assim, o indivíduo mantém-se como unidade de referência, contudo existe uma transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP, sendo reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento da sociedade. Da mesma forma, evidencia-se a intervenção promissora do Enfermeiro de família,

como agente de mudança dos CSP, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Nesta sequência foi criada a presente USF, em 2009, constituída por uma equipa multidisciplinar de 7 médicos, 7 Enfermeiros e 4 assistentes, tendo como principal missão: garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população (ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, 2014).

A prática da Enfermagem constitui a essência fundamental dos CSP através da sua formação, experiência e ambientes onde se desenrola. Os Enfermeiros garantem a intervenção onde quer que as pessoas se encontrem, desempenhando um papel crítico na formação e supervisão de outros profissionais, bem como no planeamento, organização, monitorização e avaliação dos serviços. São o principal grupo de profissionais de saúde a prestar CSP, uma vez que promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o restante sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade e também para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde, sendo que a comunicação adquire uma relevância maior nos seus cuidados. Através de uma comunicação eficaz, a sua intervenção abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, funcionando como o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Desta forma, a Enfermagem fortalece a comunidade, garantindo aos seus membros a aquisição do conhecimento e das competências, necessários para a satisfação das suas próprias necessidades (Hockenberry & Wilson, 2014). Na presente USF são inúmeros os momentos em que se pode verificar a importância da equipa de Enfermagem, uma vez que a sua intervenção não se resume apenas ao momento das consultas; o Enfermeiro assume papel de gestor, cuidador, conselheiro. Para haver progresso, é decisivo que os Enfermeiros se envolvam, liderem e coordenem os cuidados, e que a sua intervenção na determinação de políticas e de prestação seja encarada como legítima e essencial em todas as áreas. Como já foi referido, o Enfermeiro assume-se como gestor na USF, sendo que a equipa de Enfermagem é tida em conta quer no planeamento de cuidados quer em qualquer decisão tomada na USF, encontrando-se presente em todas as reuniões da USF, representada pelo seu Enfermeiro-chefe, assim como são sempre

ouvidos perante qualquer alteração de planeamento ou situação complexa que possa surgir. Verifica-se assim a máxima importância concedida à comunicação quer através da comunicação do Enfermeiro com os seus utentes, nos diversos cuidados que presta, mas também na comunicação entre a equipa multidisciplinar, como um componente imprescindível para a correta gestão e melhoria constante do funcionamento da USF.

A presença de Enfermeiros na coordenação de cuidados nos CSP significa um acesso melhorado aos cuidados, através de uma maior proximidade do utente, aumentando a cobertura dos cuidados de saúde; uma melhor prevenção de doenças crónicas, sendo que os Enfermeiros fazem passar a mensagem de que um estilo de vida saudável, essencial para a manutenção, recuperação e melhoria da saúde, promovem também uma alimentação e estilo de vida saudáveis, oferecendo aconselhamento às pessoas e ajudando os utentes a gerir quadros clínicos crónicos, de modo a viverem vidas mais longas e saudáveis; resultados melhores, estudos comprovam que contextos de cuidados continuados conduzidos por Enfermeiros levam a uma diminuição das taxas de reinternamentos; vigilância melhorada, os Enfermeiros como prestadores de cuidados em contacto direto com a população, possui um papel crucial na sua vigilância; uma adesão melhorada dos utentes, o fraco cumprimento ou adesão às terapêuticas é uma causa direta de maus resultados de saúde e a Enfermagem pode ter um forte impacto sobre este fator, e, finalmente, usufruir da tecnologia para os CSP, através de dispositivos como serviços telefónicos de informação de saúde 24 horas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). Em todas as funções de Enfermagem nos CSP, a comunicação encontra-se presente de forma transversal, potenciando não só a qualidade dos seus cuidados mas também o correto funcionamento da USF.

Concordando com a Declaração da Visão citada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2008), a missão de Enfermagem consiste em liderar as sociedades no sentido de uma saúde melhor, trabalhando em conjunto para promover estilos de vida e comunidades saudáveis. Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, os CSP emergem como contexto estruturante de novas práticas de Enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados. Com a finalidade de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de Enfermagem enfatiza as interações entre os membros da família para que estes possam “juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável”

(Hennessy & Gladin, 2006, p.9, citado em Figueiredo, 2009). É nesta perspetiva que a equipa de Enfermagem da USF trabalha numa filosofia de CCF, assentando numa lógica de cuidados de proximidade e continuidade, reportando-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (OMS, 2000; ICN, 2002a; Schober & Affara; 2001; OE, 2002). No que se refere ao método de trabalho, o Enfermeiro concebe a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do seu ciclo vital, usando o modelo de Enfermagem de Enfermeiro de família. Os pressupostos sistémicos associados à Enfermagem de família integram uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a família na procura de soluções para os problemas identificados e, englobando-a no planeamento e execução das intervenções (Whyte, 1977; Wright & Leahey, 2002). A Enfermagem de família emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família sendo que os problemas de saúde influenciam as perceções e comportamentos da família, do mesmo modo que as perceções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros. O conceito de Enfermagem de família encontra-se presente no quotidiano e na prestação de cuidados da equipa da USF, o que permite conhecer em pormenor toda a família, sabendo as suas capacidades, preocupações, necessidades e dificuldades, remetendo para uma perspetiva holística da unidade familiar, a ter em conta em todos os cuidados prestados. Os Enfermeiros conhecem as necessidades das crianças e das famílias em casa, no trabalho e no lazer, enquanto servem de elo de ligação entre os indivíduos, famílias, comunidades e prestadores de cuidados de saúde, através de uma comunicação adequada. Desta forma, através da relação de proximidade que vai sendo criada, o Enfermeiro tem a oportunidade de adequar os cuidados à situação familiar, promovendo a saúde de toda a família, quer através de ensinamentos, como na prevenção de doença ou adequação de tratamentos. Os objetivos da Enfermagem de família centram-se, essencialmente, na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança. Os cuidados de Enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2002), que derivam das questões de saúde e dos processos de vida. Por isso se torna essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das

famílias no decorrer do ciclo vital, que pode acontecer durante a consulta de Enfermagem, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Na USF, o Enfermeiro de Família assume um papel de gestor (dos processos de saúde/doença e dos recursos comunitários), de educador, de apoio emocional, facilita o empoderamento familiar (a nível intrapessoal, interpessoal e organizacional) e tem uma intervenção desde o nível microssistémico ao nível macrossistémico (Silva S. , 2009), para tal, mobiliza diversas estratégias de comunicação e de interação com os restantes elementos da equipa e com a sua comunidade.

Neste sentido, a importância da equipa de Enfermagem não se resume apenas ao edifício da USF; o conceito de Enfermeiro de Família, juntamente com os CCF prolongam-se para os cuidados domiciliários e para a comunidade. Diariamente, uma equipa de Enfermeiros desloca-se ao domicílio de utentes referenciados, quer pela sua patologia ou incapacidade de mobilidade, de forma a avaliar a situação dos mesmos, planeando e executando os cuidados necessários. Este é um momento oportuno para a realização de ensinamentos, adequação de cuidados pela família ou esclarecimento de dúvidas, consoante as necessidades verificadas. Contudo, estas visitas não ocorrem apenas em situação de patologia; acontecem também aquando o nascimento de um bebé, após notificação do mesmo, sendo realizada nos primeiros quinze dias de vida do bebé. Esta visita pretende acalmar e esclarecer os pais, capacitando-os para os primeiros dias do bebé, alertando-os para especiais cuidados, sinais de alarme ou alerta, promovendo uma saudável transição para a parentalidade, através de uma relação terapêutica com uma comunicação adequada.

Todas estas qualidades e competências são o motivo pelo qual os Enfermeiros constituem a “coluna vertebral” dos cuidados de saúde em todo o mundo e constituem oponentes de força às desigualdades inaceitáveis que ameaçam esses direitos (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Contudo, o conceito de Enfermeiro de Família pode também trazer algumas dificuldades na sua aplicação, uma vez que alguns Enfermeiros sentem algum constrangimento em trabalhar com determinadas grupos etários, nomeadamente a área de Saúde da Criança e do Jovem, o que se verificou na USF. No entanto, esta era uma lacuna colmatada por formações realizadas, quer na instituição, quer fora dela, e ainda

através do trabalho em equipa e esclarecimento de dúvidas entre todos. Neste sentido, numa decisão tomada após reunião com o Enfermeiro Chefe e a Enfermeira Tutora e, tendo em conta o relatório de estágio em desenvolvimento, foi decidido realizar algumas atividades que fossem ao encontro das necessidades e dificuldades verificadas na USF. Assim, foi desenvolvido o **Manual de Promoção de Saúde: Estratégia de Comunicação para a Saúde** (Apêndice II), com o objetivo de constituir um suporte aos Enfermeiros nas intervenções de promoção de saúde junto da criança/família e ainda, enfatizar e reforçar a comunicação entre equipa de saúde/pais/criança, numa procura constante da melhoria da qualidade dos cuidados e da informação existente, incrementando o espírito dos CCF e enfatizando a necessidade de uma relação de ajuda. Neste Manual encontram-se inseridas algumas das atividades realizadas, nomeadamente, o momento de **formação realizado para os Profissionais de Saúde**, intitulado **"Alimentação da Criança"** e ainda os diversos **folhetos** criados para entrega às famílias com crianças. Desta forma pretende-se mobilizar competências de EESCJ, quer através do diagnóstico de necessidades verificadas como na implementação de novos recursos a USF e sua comunidade e transmissão de habilidades e conhecimentos especializados como papel de formador. A educação para a saúde é inseparável da defesa da família e da prevenção; é uma área em que os profissionais necessitam com frequência de preparação e prática com modelos educativos competentes, uma vez que envolve a transmissão de informação de acordo com o nível de entendimento e o seu desejo de informação. O Enfermeiro, como educador e comunicador eficaz, deve focar-se na transmissão de educação para a saúde apropriada com *feedback* generoso e avaliação para promover a aprendizagem (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o estágio surgiu a oportunidade de **observar e participar em várias consultas de Enfermagem de Saúde Infantil**, sendo este um momento privilegiado para a **avaliação do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos (RN), crianças e jovens**. Estas acontecem numa sala cuidadosamente decorada tendo em conta a importância do ambiente pediátrico, com diversos brinquedos, adequados aos diversos grupos etários e, ainda, desenhos colados nas paredes e janelas. Pretende-se, desta forma, minimizar a conotação negativa que, muitas vezes, as crianças encontram no momento de consulta, através de um ambiente mais relaxado, alegre e colorido.

A consulta de Saúde Infantil é também uma ocasião importante para a estimulação de comportamentos promotores de saúde, utilizando uma comunicação adaptada à criança/família em consulta, em temas como nutrição adequada, promover a diversidade alimentar, o exercício físico, o brincar, promover o sono e outros ensinamentos sobre posicionamento no lactente e adoção de medidas de segurança. Esta observação participada nas consultas de Saúde Infantil foi importante no sentido que permitiu também a **realização e validação do Plano Nacional de Vacinação (PNV)**, promovendo também a **saúde oral das crianças e jovens**, fazendo educação para a saúde sobre prevenção de acidentes, avaliando simultaneamente a dinâmica familiar, detetando precocemente situações de risco.

Considerando a importância da consulta de Saúde Infantil, foi realizado um **diário de aprendizagem** que permitiu aprofundar conhecimentos e competências nesta área, contribuindo para a construção tanto pessoal como profissional como EESCJ (Apêndice III).

Os cuidados antecipatórios assumem uma importância fulcral na saúde comunitária, através de um apoio efetivo aos pais no desempenho do seu papel, apoiando-os e compreendendo as suas dificuldades e preocupações, capacitando-os e otimizando as potencialidades da criança, de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento em que se encontram. Para tal, o Enfermeiro, com os conhecimentos holísticos que possui acerca da família em causa, procura colmatar as suas necessidades e dificuldades sentidas, através de uma linguagem adaptada, focando-se na relação terapêutica criada ao longo do tempo. O EESCJ tem uma intervenção fundamental na promoção de hábitos de saúde saudáveis ao nível do desenvolvimento de competências parentais, salientando-se a capacidade de implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade. (Regulamento nº123/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

Os **registos de Enfermagem** foram realizados durante e no final da consulta em **programa informático - Medicine One**.

Como foi referido inicialmente, a USF conta apenas com 5 anos de existência, o que lhe confere uma motivação adicional, com uma equipa entusiasmada para criar um trabalho de qualidade para a sua comunidade. É neste sentido que a equipa de Enfermagem se encontra inserida em diversos projetos, nomeadamente, do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância ou no processo de acreditação.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O seguinte estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). De acordo com a problemática em estudo, foram delineados alguns objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica orgânico-funcional, referências e modelos de intervenção que orientam a prática de Enfermagem;
- Compreender a comunicação existente entre Enfermeiro/pais/recém-nascidos numa UCIN;
- Identificar necessidades formativas dos Enfermeiros/pais/recém-nascidos na comunicação, sentimentos e gestão de emoções;
- Planear/executar intervenções facilitadoras de uma comunicação adequada ao internamento na UCIN;
- Desenvolver capacidades e habilidades facilitadoras da comunicação e de gestão de emoções entre Enfermeiros e pais/recém-nascidos;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de CCF e qualidade em saúde;
- Desenvolver uma reflexão contínua sobre as competências do EESCJ como promotor da comunicação nos cuidados centrados na família.

A presente UCIN oferece apoio perinatal diferenciado, prestando cuidados especializados nas áreas de cardiologia, cirurgia, genética, neurologia, oftalmologia, ortopedia, entre outras. Possui uma capacidade de 14 camas para uma população de RN entre os 0 e os 20 dias de vida, que poderão ter origem de várias realidades, como urgências obstétrica e pediátrica, internamento e berçário do Hospital, RN gravemente doentes ou prematuros de muito baixo peso vindos da zona sul do país através do sistema do INEM, e ainda RN do foro da cardiologia pediátrica (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE, 2014).

Em termos estruturais, a Unidade é composta por duas salas, uma de Cuidados Intensivos e outra de Cuidados Intermédios, sendo que a capacidade de ambas as salas pode variar, perfazendo um total de camas de 14. Possui uma terceira sala de prestação de cuidados, usada sempre que é necessário o isolamento da criança ou cuidados pós-

operatórios com uma maior necessidade de monitorização. Existe também uma sala onde as mães podem fazer extração do seu leite, equipada com os aparelhos adequados, decorada com sofás e pósters informativos, de modo a garantir um ambiente descontraído e confortável para os pais. Existe ainda um quarto indicado para cuidados paliativos, usado em acordo com os pais e sempre que estes necessitem de um ambiente mais acolhedor e protegido nas últimas horas de vida da criança. Este espaço é utilizado sempre que os Enfermeiros pretendem oferecer um momento mais calmo ou apaziguador para os pais/família, uma vez que podem conversar num ambiente mais calmo, livre de ruídos exteriores e no qual os pais poderão, calmamente, expor as suas dúvidas e ansiedades. Por fim, existem diversas salas de arrumos de material, uma copa/sala de descanso para o pessoal, sala dos médicos, sala da Enfermeira Chefe e ainda o WC para os pais e um outro para os profissionais.

As Unidades de Neonatologia possuem um ambiente muito característico, de contínua atividade humana, com ruído sempre presente e um nível de luminosidade elevado. Contudo, estas não são as condições ideais para o pleno desenvolvimento de um RN pré termo. Neste sentido, existe a constante preocupação em adequar o ambiente às necessidades do RN, através de medidas específicas de conforto que valorizem e respeitem o seu bem-estar. A equipa de Enfermagem encontra-se sensibilizada para estes aspetos, procurando coordenar todas as intervenções de Enfermagem num só momento, mobilizando técnicas para reduzir tanto o ruído como a luminosidade, tais como evitar colocar objetos em cima da incubadora, respondendo prontamente aos alarmes dos equipamentos, cobrindo as incubadoras com capas adaptadas, de forma a reduzir a exposição à luz, entre outras. A comunicação entre a equipa, inclusivamente na passagem de ocorrências, é sempre feita em tom mais baixo, transmitindo calma e segurança aos recetores da mensagem. São também tomadas medidas de conforto e de controlo da dor no RN nomeadamente posicionamentos, balançar, pegar ao colo, conversar, massagens, aplicação de sacarose aquando um procedimento doloroso, entre outros. Estas atividades revelam-se também importantes para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável da criança e, quando devidamente, informados e ensinados, são essenciais para apaziguar também os pais, integrando-os nos cuidados do seu filho.

O método de trabalho de Enfermagem é o de Enfermeiro de referência, no qual o Enfermeiro é responsável pelo utente, avalia as necessidades e organiza, executa e controla os cuidados prestados. Com este método, numa Unidade com estas características, os pais sentem que o Enfermeiro é mais do que um profissional, tornando-se um amigo e um aliado, em quem confiam e com quem podem falar acerca das suas angústias e preocupações. Todos os Enfermeiros na UCIN têm noção da importância da palavra para estes pais, procurando-os acalmar e informar de todos os cuidados prestados. A principal desvantagem deste método é que nem todos os Enfermeiros se sentem confortáveis para assumir a responsabilidade e autonomia característica (Tappen, 2005); é também difícil de aplicar em rigor na UCIN, devido à rotatividade que os Enfermeiros têm pelas duas valências existentes, Unidade de Cuidados Intermédios e Unidade de Cuidados Intensivos.

Relativamente à filosofia de prestação de cuidados, a presente Unidade preconiza os CCF e a parceria de cuidados, pelo que a família é considerada como parte integrante da equipa multidisciplinar, participando no planeamento, execução e avaliação dos cuidados e estabelecendo uma relação de parceria com os diversos profissionais. Para tal, a comunicação funciona de uma forma eficaz e sincera, sendo todas as informações apresentadas aos pais do RN e todas as dúvidas esclarecidas; só desta forma, os pais poderão sentir que se encontram inseridos na equipa e nos cuidados. Quando não se encontram presentes fisicamente, os pais entram em contacto telefonicamente, a qualquer hora, para obter informações acerca dos seus filhos. Neste momento, é visível a cumplicidade criada entre os pais e a equipa, uma vez que todos são apelidados pelo seu nome próprio e os pais são informados de tudo o que está a acontecer ao seu filho na sua ausência. A American Academy of Pediatrics (2003) definiu os CCF como uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas, os programas, a organização dos serviços e as interações entre utentes, famílias, médicos e outros profissionais de saúde. Neste sentido, as visitas na presente Unidade são bastante flexíveis; fazendo parte da equipa multidisciplinar, os pais podem estar junto da criança 24h ou caso tenham que se ausentar podem regressar a qualquer hora do dia ou da noite. Relativamente a outros familiares como avós, tios ou amigos mais próximos, existem dias estipulados para que estes possam visitar o RN, devendo fazê-lo devidamente equipados com equipamentos de proteção individual para segurança do RN e de todos o

ambiente da Unidade e de forma ordeira. Os recém-nascidos pré-termo e doentes são particularmente suscetíveis à infeção, pelo que é muito importante a proteção contra a infeção como parte integrante dos cuidados ao RN, quer pelos profissionais, como pelos pais e todas as pessoas que o visitam (Hockenberry & Wilson, 2014).

O empoderamento dos pais chega, muitas vezes, através de informação adequada e atempada, podendo assim estar preparados, saber o que os espera e permitindo-os fazer escolhas. Vivendo experiências pelas quais nunca passaram, tendo de tomar decisões importantes, os pais agradecem toda a orientação por parte dos profissionais, sentindo-se com mais poder quando tratados como ‘pais do bebé’, com respeito e dignidade por eles próprios e pelo seu filho, como caso único, pelo que a comunicação assume a base da relação criada (Branchett & Stretton, 2012).

A UCIN possui uma equipa de Enfermagem muito organizada relativamente à formação e grupos de trabalho; encontram-se organizados por grupos de 2/3 pessoas, sendo cada grupo responsável por uma temática que desenvolve ao longo do ano quer através de formação para os pais, mas também para os próprios profissionais e até mesmo a nível hospitalar. Alguns exemplos de temáticas desenvolvidas são a gestão de emoções, a amamentação, os cuidados paliativos, grupo de ajuda mútua, entre outros.

Tendo em conta o constante rumo à qualidade dos cuidados e adequação dos mesmos às necessidades sentidas, a UCIN desenvolveu e adaptou, ao longo do tempo, diversas escalas para melhoria de cuidados, tais como escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão, escala neo-SWAT e ainda a escala Early Feeding Skills – observação das competências precoces na alimentação oral. Estas escalas encontram-se já inseridas no sistema informático – Sistema de Apoio à prática de Enfermagem (SAPE) no qual são realizados todos os registos de Enfermagem através de linguagem CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Foi interessante verificar toda a adaptação feita no sistema informático SAPE, para que não fosse descuidado nenhum aspeto relevante à UCIN, refletindo todos os cuidados realizados por parte da equipa de Enfermagem. Este é um sistema essencial para a continuidade dos cuidados prestados, assim como para uma comunicação eficaz entre elementos, uma vez que espelha todos os cuidados realizados, esclarecendo dúvidas que, por vezes, surgem ao longo do dia.

De modo a desenvolver a capacidade de comunicação neste contexto específico, com uma maior segurança, assim como na prestação de cuidados, foi necessário um investimento na **pesquisa da literatura sobre a temática**. Ao nível do saber experiencial e conhecimento numa UCIN, na qual a prestação de cuidados é tão diferenciada e especializada, foi essencial a orientação do Enfermeiro tutor na prestação de cuidados, que se manteve sempre motivado na aprendizagem, transmitindo muitos dos seus conhecimentos e experiência.

Neste contexto é imperativo **compreender as vivências das famílias e o seu contexto**. O nascimento de um bebé prematuro é um fenómeno cada vez mais frequente, com uma viabilidade cada vez maior; contudo, esta é uma nova realidade para os pais do RN. A separação do bebé dos pais ocorre, na maioria das vezes, de forma muito brusca, apanhando os pais desprevenidos para esta situação. Os nove meses de gravidez dão aos futuros pais a oportunidade de realizar uma preparação psicológica, não apenas física; sendo que durante este período, os pais desenvolvem expectativas do nascimento de um filho saudável, planeando a chegada do bebé. Este é um processo de amadurecimento para se sentirem prontos para receber o filho, através da vivência da maternidade e paternidade. Contudo, situações adversas podem ocasionar a separação do bebé dos seus pais devida a necessidade de hospitalização (Cunha, 2000). Esta nova experiência de hospitalização torna-se muito desgastante, uma vez que a permanência de um RN numa UCIN gera grande instabilidade e desequilíbrio na dinâmica familiar. Para Brazelton (1988), o nascimento prematuro pode ser considerado um momento de luto, uma vez que os pais têm a reação pela perda do bebé perfeito que esperavam, mas também lamentam os defeitos do bebé que produziram, culpando-se a si mesmos, consciente ou inconscientemente. Assim, o nascimento de uma criança prematura precipita uma crise para os pais, forçando-os a redefinir e a adaptar os seus papéis parentais.

Durante o período de estágio, foi dada também relevância ao **acolhimento do RN e sua família na UCIN** de forma a estabelecer uma relação de proximidade, facilitando a comunicação e uma relação de confiança. Os profissionais presentes procuram minimizar o impacto que o ambiente causa, assim como a fragilidade das famílias. A UCIN é um lugar carregado de conotações, onde se vivem muitas emoções e o tempo é medido em gramas, dias de ventilação e quantidades de leite que o bebé já consegue mamar (Oliveira, 2006). Assim, o acolhimento e a comunicação inerente ao mesmo,

neste ambiente são de extrema importância, uma vez que proporcionam afeto, proteção e segurança à família, que se sente incluída nos cuidados prestados à criança (Zen & Cechetto, 2008). A forma como os pais são recebidos e como comunicam com eles é muito importante e fá-los confiar na equipa de profissionais que cuida do seu filho. Portanto, os pais necessitam de ser bem recebidos pelas pessoas a quem confiarão a vida do seu filho, o que os irá manter seguros e próximos da equipa e, conseqüentemente do seu filho (Cunha, 2000).

Na UCIN, as preocupações que surgem durante a hospitalização são muitas. Os pais ficam confusos ao querer entender a doença do seu filho, contudo, temem pelo pior e sofrem na dúvida e na certeza. Ao não encontrarem respostas para as suas dúvidas, muitas vezes os pais solicitam explicações aos Enfermeiros, que se encontram sempre acessíveis e capacitados para lhes dar apoio. Para conviver em ambiente hospitalar, os pais precisam fazer um esforço muito grande, caso contrário não conseguem suportar as diversas intervenções e situações que surgem. Os pais entendem a hospitalização do filho através da interação com os membros da equipa de saúde e dos cuidados prestados ao bebé; valorizam as atitudes de respeito e consideração, julgando-as indispensáveis na relação interpessoal. Desta forma, a união da tecnologia com o cuidado humanizado transforma este lugar de dor e sofrimento num ambiente capaz de inspirar esperança no futuro. A sensibilidade dos pais é bastante aguçada, valorizando a forma maternal com que alguns profissionais cuidam dos seus bebés, deixando claro que a humanização do cuidado é essencial. Alguns pais sentem-se sós e vivenciam a hospitalização do filho em silêncio, porém este silêncio tem um significado e compreendê-lo também é função do EESCJ (Cunha, 2000).

A relação de ajuda estabelecida durante os cuidados de Enfermagem é essencial para a qualidade dos mesmos, contudo esta relação exige tempo, disponibilidade e intenção dos Enfermeiros. Sendo assim, e tendo em conta a atualidade da profissão, tanto a disponibilidade como o tempo dos Enfermeiros são, muitas vezes, limitados, o que nem sempre ajuda para a criação de laços de confiança e conseqüente comunicação com a família. Relembrando Watson (2002), o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do Enfermeiro, assim como o comprometimento para com o próprio e com os outros humanos, envolvendo valores, vontade, compromisso para cuidar, conhecimento, entre outros.

Numa UCIN, é importante dar relevância às emoções, lembrando Collière (2003), sendo que a relação Enfermeiro/utente se encontra imbuída de emoções que se transmitem em cascata, uma vez que o Enfermeiro apresenta uma disposição emocional, traduzida por uma atenção afetiva e sensibilidade para com o outro e suas experiências, de forma emocional e persistente (Diogo, 2015). O cuidar em Pediatria é rico em emoção e afetos, sendo que a gestão destes sentimentos e emoções nem sempre é fácil para quem presta cuidados, o que pode interferir na comunicação com a família e profissionais de saúde (Diogo, 2015). Tendo em conta o relatório em desenvolvimento, foi considerado relevante e interessante desenvolver algum trabalho e **pesquisa da literatura na área de gestão de emoções perante o internamento de um RN numa UCIN**. Foi também realizada uma **entrevista a uma Enfermeira Perita** na área – Professora Doutora Zaida Charepe (Apêndice IV), de forma a aprofundar conhecimentos, adquirir e desenvolver competências na área, enriquecendo toda a pesquisa efetuada.

O nascimento de um RN pré-termo vem desfazer o sonho de um bebé ideal, e com ele traz sentimentos de culpa, incapacidade em proteger e medo da perda. A vulnerabilidade característica destes bebés leva a que os seus internamentos sejam mais prolongados, o que irá aumentar a angústia da família, já existente desde o nascimento, o que pode interferir com o processo de vinculação. Os profissionais de saúde devem proporcionar apoio emocional, assim como orientação nos cuidados ao RN, valorizando as suas atitudes e habilidades, proporcionando um ambiente que promova o desenvolvimento do bebé (Barradas, 2008). Desta forma, surgem os grupos de ajuda mútua (GAM) que são uma forma muito eficaz de auxiliar os pais a ultrapassar momentos de tristeza e angústia. Neste sentido e de forma a aprofundar conhecimentos na área, foi desenvolvido um **diário de aprendizagem relativamente aos GAM**, inserido na temática pretendida (Apêndice IV).

Tendo em conta toda a gestão de emoções requerida nesta fase, a intervenção do EESCJ é essencial, no sentido de desenvolver as capacidades da família para uma melhor adaptação à situação, através de um discurso adequado, envolvendo toda a unidade familiar na prestação de cuidados e na importância do cuidar. O EESCJ tem uma intervenção muito importante na promoção da vinculação, através de estratégias que promovam o contacto físico pais/recém-nascido e também na negociação do

envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho com necessidades de saúde especiais (Regulamento nº123/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Deve também ser um elemento fundamental na equipa multidisciplinar na promoção da vinculação, essencial para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

Relativamente à promoção do **processo de vinculação pais/RN** foram realizados ensinamentos individualizados sobre a importância do contacto físico, do estabelecimento de uma linguagem afetiva, da valorização das competências dos pais e do bebé, quer através do toque como método canguru, assim como incentivar a presença dos pais ao longo do dia de internamento. Estes momentos foram muito importantes na medida em que houve oportunidade para esclarecimento de dúvidas e orientações, assim como outros ensinamentos promotores da parentalidade, como o ensino sobre a amamentação, imunização, higiene e vestuário, importância dos períodos de repouso e sono, adoção de medidas de segurança. Contudo, é importante ter noção quando é que estes ensinamentos e esclarecimentos devem ser feitos, uma vez que nem sempre os pais têm disponibilidade emocional para absorver toda a informação que estão a receber. A noção de criar uma parceria com estes pais é essencial tanto para o profissional, como para os pais, conferindo-lhe a ideia de investimento de poder, para que se sintam capazes de agir e intervir nos cuidados do seu filho.

A dinâmica da UCIN, assim como as suas características constituíram momentos de grande aprendizagem, com períodos ricos de reflexão e intervenção, quer a nível de conhecimentos e observação, mas também a nível ético, tendo em conta situações de crescente complexidade. O desenvolvimento de competências EESCJ foi favorecido pelo contacto com situações de especial complexidade, mobilizando recursos, recorrendo a várias abordagens e terapias. Conceitos como a transmissão de segurança, sentimento de utilidade, de confiança, partilha de conhecimento, interação com as famílias e parceria com as mesmas, negociação, respeito pela tomada de decisão com vista ao desenvolvimento da criança com o envolvimento dos seus familiares, foram essenciais para o crescimento, aquisição e desenvolvimento de competências de EESCJ.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Os seguintes estágios decorreram no Departamento da Criança e da Família de um Centro Hospitalar, sendo que a sua principal missão visa a humanização do atendimento pediátrico. Este departamento foi criado aquando a fundação do próprio Centro Hospitalar e constitui o maior serviço clínico da Instituição, formado por 6 pisos de Internamento, com diversas especialidades como Nefrologia ou Infeciologia, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Urgência Pediátrica e um anexo ambulatório, onde decorrem as consultas externas. Possui a capacidade de 145 camas, distribuídas pelos vários serviços, com numa equipa multidisciplinar de médicos, Enfermeiros e auxiliares de ação médica, psicólogos, pedopsiquiatras, técnicos de laboratório, fisioterapeutas, terapeutas da fala, educadoras e voluntários.

Ao longo dos anos, verificou-se a necessidade de acompanhar a evolução científica através de uma diferenciação pediátrica; foi nesse sentido que o Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar se organizou, criando unidades funcionais e técnicas, prestando assistência diferenciada a criança/jovens até aos 17 anos e 364 dias. Desta forma, o Departamento é constituído por diversas unidades: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; Unidade de Infeciologia e Imunodeficiência; Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição; Unidade de Nefrologia; Unidade de Doenças Metabólicas; Unidade de Neurologia; Unidade de Pediatria Geral; Unidade de Pneumologia; Unidade de Imuno-alergologia; Unidade de Neuro desenvolvimento; Unidade de Endocrinologia e por fim, Unidade de Medicina da Adolescência (Anexo I).

SERVIÇO DE PEDIATRIA

A primeira fase de estágio neste Centro Hospitalar decorreu no serviço de internamento de Pediatria Geral/Unidade de Doenças Metabólicas, Hematologia, Neurologia e Unidade Pluridisciplinar, que apresenta como principal máxima a humanização dos cuidados. Para este período de estágio foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica orgânico-funcional, referências e modelos de intervenção que orientam a prática de Enfermagem;

- Compreender a comunicação existente entre Enfermeiro/pais/criança;
- Identificar as necessidades formativas existentes nos Enfermeiros/pais/crianças na comunicação;
- Planear e executar as intervenções de Enfermagem facilitadoras de uma comunicação adequada;
- Desenvolver capacidades e habilidades para facilitar a comunicação entre Enfermeiros e pais/crianças;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de CCF e de qualidade em saúde;
- Desenvolver uma reflexão contínua sobre as competências do EESCJ como promotor da comunicação nos CCF.

Este serviço foi sujeito a obras de remodelação em 2007, adequando condições de espaço e ambiente característico da Pediatria, de forma a minimizar o sofrimento das crianças e família em situação de doença e internamento. Todo o serviço é decorado com cores alegres e claras, com diversos brinquedos nos quartos, adequados à faixa etária e estágio de desenvolvimento da criança que nele se encontra, assim como possui diversos quadros coloridos nas paredes, de forma a minimizar o impacto da hospitalização e o ambiente hospitalar, que tantas vezes se pode tornar frio e hostil tanto para a criança como para a sua família. Possui a capacidade para quinze crianças/jovens, com um quarto de isolamento; composto ainda por duas copas, uma destinada à preparação de refeição das crianças e uma outra para uso dos profissionais, WC para os profissionais e um outro para as crianças/família, sala de Enfermagem, sala da Enfermeira-Chefe, 4 salas de médicos, divididos pelas diferentes especialidades e ainda sala de arrumos. No mesmo espaço físico funciona ainda o Hospital de Dia das diversas especialidades do serviço – Doenças Metabólicas, Neurologia, Hematologia e Pediatria Geral, composto por duas salas de tratamentos e consulta de Enfermagem.

Este serviço possui uma sala de brincar, sob a responsabilidade de duas educadoras de infância que ao longo da manhã desenvolvem atividades lúdicas para as crianças internadas no serviço, de acordo com o seu grupo etário e estágio de desenvolvimento. Brincar é um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o *stress*; é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças. Tal como acontece com as suas necessidades de

desenvolvimento, a necessidade de brincar permanece quando as crianças se encontram doentes ou hospitalizadas. De todas as salas do serviço, nenhuma sala fará mais alívio de *stress* da hospitalização do que a sala de brincar (Hockenberry & Wilson, 2014). A brincadeira, como uma atividade lúdica, faz parte das funções do EESCJ, pretendendo-se a maximização da saúde da criança. O Enfermeiro procura despertar a importância do brincar tanto nos restantes elementos da equipa, como nos pais, revelando a sua importância promotora de interação social e comunicação. Brincar é considerado tão necessário ao pleno desenvolvimento do organismo da criança, como a alimentação, assim devem-se procurar momentos lúdicos com as crianças de forma a tentar reduzir o impacto dos fatores stressantes inerentes ao internamento e transversais a todas as faixas etárias (Hockenberry & Wilson, 2014). O brincar é considerado um fenómeno que tem um lugar e um tempo, que constitui um símbolo da união do bebé e da mãe. É através da brincadeira que a criança expressa os seus sentimentos, sendo considerada a sua principal forma de comunicação. Através do brinquedo, adequado à sua faixa etária, é perceptível a posição da criança acerca do seu internamento e da sua patologia, assim como é uma forma de promover a relação terapêutica, criando laços e incrementando a confiança necessária. As necessidades de informação da criança dependam da sua faixa etária, contudo, a maioria irá essencialmente preocupar-se com o impacto da doença e dos tratamentos médicos no seu quotidiano e da sua família. Mesmo quando a informação é desfavorável, o silêncio agrava os medos e fantasias da criança. Embora a maior parte da comunicação verbal seja estabelecida pelos pais, a criança nunca deverá ser excluída do processo de comunicação. Deve ser dada atenção à criança/jovem através de jogos, dirigindo-lhes questões e comentários. No caso dos jovens, estas devem ser incluídas como participantes ativos.

A proveniência das crianças internadas neste serviço pode ser diversa, decorrendo desde o Serviço de Urgência, como Consulta Externa ou Hospital de Dia, e até mesmo de outros serviços de internamento do próprio ou de outros Hospitais. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, Enfermeiros, assistentes operacionais, dietista, educadoras de infância, professora e colaboradores, como os voluntários.

Devido às características das suas especialidades, a prevalência dos internamentos neste serviço é de doença crónica, definida pela OMS como doença de longa duração e progressão geralmente lenta, sendo a principal causa de mortalidade no mundo (World

Health Organization (WHO), s.d.). Contudo, tendo em conta a duração e progressão das doenças crónicas, surgem outros problemas associados, aos quais o Enfermeiro deve estar atento de forma a prevenir, detetar e atuar atempadamente, apelando às suas competências.

A prestação de cuidados do presente serviço é direcionada ao motivo da recorrência do mesmo; contudo, mesmo em situação de doença aguda ou crónica, são desenvolvidas diversas estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde no quotidiano do serviço, quer através do incentivo à higiene corporal e oral, como o incentivo à manutenção de hábitos de sono, com rotinas antes de se deitarem, adequado à idade e ao desenvolvimento.

O serviço adota o método de Enfermeiro responsável, método que respeita o conceito de cuidados individualizados, sendo que cada utente se encontra associado a um Enfermeiro que possui responsabilidade e é responsável pelos cuidados durante o internamento. O seu principal objetivo é a humanização dos cuidados e possui como principal característica a descentralização da tomada de decisão, demonstrando o valor da prática de Enfermagem nos resultados ao utente. Desta forma, o foco de Enfermagem no presente método é a pessoa, pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão ativamente quanto possível. Habitualmente, a cada Enfermeiro são entregues três ou quatro utentes, cabendo-lhes a responsabilidade de efetuar a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados, assegurar a continuidade através da elaboração de planos escritos, planear a alta, assim como programar os ensinamentos com o utente/família, assim como o encaminhamento apropriado desde o momento da admissão (Costa, s.d.).

A filosofia dos CCF reconhece a família como constante na vida da criança, sendo que a equipa multidisciplinar deve apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais. Assim, os Enfermeiros apoiam as famílias nos seus papéis de prestação natural de cuidados e de tomada de decisão, baseando-se nos seus pontos fortes e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos, dentro e fora do ambiente hospitalar. Desta forma, o Enfermeiro tem em conta as necessidades de todos os membros da família nos cuidados à criança, numa busca pela capacitação e empoderamento. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, através dos cuidados e comunicação, para

que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014)

A parceria em Pediatria não pode ficar limitada ao apurar dos hábitos da criança a que se pretende dar resposta com a participação dos pais; a parceria implica um conhecimento da família que cuida, como cuida, quais as suas possibilidades, os seus limites da atuação e as forças que consegue mobilizar para resolver problemas de saúde (Mendes, 2012). Para tal, a negociação com os pais é fulcral, assim como a comunicação que a ela se encontra subjacente, sendo que o profissional apoia e reforça a capacidade da família para encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014). Envolver a família nos cuidados à criança, tendo em conta todo o conhecimento que possui acerca da mesma, assim como as suas necessidades, é fundamental para o processo de recuperação. Neste sentido, e considerando a comunicação como um instrumento terapêutico primordial na hospitalização da criança/família, foi criado o **Dossier Temático intitulado ‘A Comunicação Terapêutica com a Família da Criança Hospitalizada’** com o objetivo de enfatizar a importância da comunicação terapêutica com a família da criança hospitalizada, relembrar conceitos e estratégias de comunicação, organizar e dispor a informação consultada acerca da temática e facilitar a criação de um arquivo acerca do tema proposto e sua atualização (Apêndice V).

As crianças podem reagir ao *stress* da hospitalização antes da admissão, durante a hospitalização ou mesmo depois da alta. O conceito de doença para a criança é ainda mais importante que a sua idade ou maturidade intelectual, na previsão do nível de adaptação antes da hospitalização. Embora seja habitualmente stressante para a criança e sua família, é importante salientar os efeitos benéficos da hospitalização. O seu benefício mais óbvio é a recuperação da doença em fase aguda, mas a hospitalização pode também representar uma oportunidade para as crianças dominarem os *stressores* da hospitalização e sentirem-se competentes nos seus mecanismos de *coping* (Hockenberry & Wilson, 2014). Nesta sequência, o serviço tem em conta diversas estratégias para minimizar o impacto da hospitalização na criança e sua família. Na admissão, o Enfermeiro faz uma visita guiada ao serviço, explicando todas as regras existentes, o método de trabalho e filosofia de cuidados, mostrando disponibilidade para

esclarecer qualquer dúvida que possa surgir, acalmando qualquer preocupação ou *stress* relativo ao internamento da criança. Durante o internamento, existe sempre o cuidado de discutir com os pais o planeamento de todas as intervenções efetuadas ao longo do dia, explicando ainda todos os procedimentos realizados, assim como o seu principal objetivo. Esta é uma forma de manter os pais inseridos nos cuidados, preservando a sua confiança, criando uma parceria. A inserção e o envolvimento da família nos cuidados e no processo terapêutico trouxeram alterações, ao longo do tempo, nas relações de trabalho estabelecido no ambiente hospitalar. É importante conservar as necessidades que vão sendo criadas neste espaço e que encaram a unidade pediátrica como um todo, principalmente as atitudes da equipa de Enfermagem perante os pais envolvidos nos cuidados, assim como a relação que estes estabelecem com os pais.

Surgiu também a oportunidade de estagiar um dia no Hospital de Dia, que funciona como um apoio de retaguarda para as famílias, uma vez que cuida da criança com doença controlada, transmitindo estratégias que facilitam a prestação de cuidados no domicílio em diferentes situações, permitindo um apoio mais direcionado e especializado às suas necessidades. Segundo a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008), a admissão de uma criança no Hospital só deve acontecer quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, consulta externa ou Hospital de Dia. Foi interessante verificar ao longo do turno, a confiança que as famílias e as crianças depositam no Enfermeiro do Hospital de Dia, através de uma relação de proximidade, fruto do trabalho de uma comunicação adequada e construção de uma relação terapêutica ao longo de muitos anos. As crianças com doenças crónicas criam rotinas e hábitos no controlo da sua doença e na forma como preferem ver as suas necessidades satisfeitas. O Enfermeiro do Hospital de Dia tem em conta as necessidades da criança/família, mantendo a sua autonomia e mostrando uma disponibilidade constante para auxílio na resolução dos problemas que surgem. O Hospital de Dia funciona de uma forma programada, assim o Enfermeiro tem a oportunidade de adequar os cuidados e o seu tempo a cada indivíduo e à sua necessidade concreta.

A experiência vivida neste serviço foi em tudo enriquecedora por vários motivos. Foi motivador observar todo o trabalho de equipa existente, criando um bom ambiente de trabalho que se transmite na qualidade dos cuidados prestados à criança e família. De

salientar a preocupação em comunicar devidamente com a criança e família, adequando as estratégias de comunicação ao grupo etário, ao estágio de desenvolvimento e família, assim como os cuidados prestados de uma forma humanizada e individualizada adequando os cuidados às necessidades das crianças e sua família. No que se refere a projetos futuros, o presente serviço encontra-se em processo de acreditação, o que confere um elemento motivador e catalisador para a realização de diversos trabalhos e protocolos, que garantam a maior qualidade dos cuidados prestados.

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Na última etapa deste percurso, o estágio decorreu no Serviço de Urgência de Pediatria (SUP); um serviço dotado de recursos físicos e humanos capazes de assegurar a prestação de cuidados médico-cirúrgicos e de Enfermagem diferenciados a todos os utentes em idade pediátrica com necessidade de cuidados emergentes/urgentes, por admissão interna ou externa. Recorrem ao SUP crianças com um leque muito heterogéneo de patologias e com diferentes níveis de gravidade, necessitando de cuidados, também eles, muito diferentes.

Integrado no Departamento de Pediatria, o SUP tem por missão prestar cuidados diferenciados e altamente especializados a utentes em idade pediátrica, em situação emergente/urgente, com o objetivo final de prestar cuidados diferenciados e de terceira linha ao utente pediátrico gravemente doente, minimizando os efeitos secundários da doença e/ou tratamento e promovendo a mais completa recuperação, no âmbito das vertentes física, psicológica, espiritual e social e funcional.

Para este estágio, tendo em conta a problemática, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer/dar a conhecer as melhores estratégias de comunicação nas diferentes etapas do desenvolvimento da criança;
- Conhecer/dar a conhecer as melhores estratégias de comunicação perante uma técnica;
- Conhecer/dar a conhecer as melhores abordagens para integrar os pais nos cuidados e no desenvolvimento da criança;

- Conhecer/dar a conhecer as melhores estratégias de comunicação nos diferentes momentos do episódio de urgência (triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, serviço de observação);

No SUP, desde o momento da admissão, existe a preocupação de garantir um atendimento individualizado, de acordo com as necessidades do utente pediátrico, família, acompanhantes significativos, promovendo a humanização em todos os cuidados e atitudes; sendo que o cuidar consiste em tentativas transpessoais para proteger, aumentar e preservar a humanidade, auxiliando a pessoa a encontrar significado na doença, sofrimento, dor e existência, ajudando a adquirir autoconhecimento, controlo e restabelecimento, envolvendo valores, vontade e compromisso para o cuidar (Watson, 2002).

Este serviço tem como orientação para a prática os CCF, o que envolve condições como acolhimento pela equipa ao utente pediátrico/acompanhantes, informação aos acompanhantes acerca da situação e evolução clínica, reuniões de equipa com os acompanhantes sempre que a situação o exige, entre outros. Neste sentido foi elaborado o **Manual de Acolhimento do Serviço**, que pretende contextualizar o SUP na instituição hospitalar, fazendo uma caracterização sumária do mesmo, descrevendo o circuito do utente pediátrico que recorre ao SUP, uniformizando os procedimentos que estão inerentes desde a admissão da criança/família até ao momento da transferência e/ou alta hospitalar. Este Manual contribui para a busca incessante de qualidade no cuidar e segurança da criança e família, tendo em conta a filosofia de cuidados presente, essencial para a coordenação e trabalho de toda a equipa (Apêndice VI).

O desafio de prestar CCF no SUP prende-se com as características do mesmo, uma vez que situações de superlotação ou de acuidade poderão originar atrasos ou descontinuidade nos cuidados, o que desafia a capacidade dos profissionais em providenciar cuidados de respeito e com sensibilidade. A ausência de uma relação prévia entre profissional e utente/família no SUP e a variedade cultural a que a ele recorre pode também dificultar a capacidade de criar uma relação eficaz. Contudo, os CCF são possíveis no SUP, promovendo uma maior segurança, conforto e satisfação, independentemente dos desafios presentes neste ambiente (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

Para além da filosofia dos CCF, o presente serviço rege-se pela filosofia dos cuidados não traumáticos, que correspondem ao fornecimento de cuidados através do uso de intervenções terapêuticas que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, com o objetivo principal de não causar dano. Para tal existem três princípios que fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na criança/família, o *stress* vivenciado numa situação de doença súbita é diferente do que na doença crónica. O sofrimento da família relativamente ao processo de doença aguda da criança pode ser causado pela gravidade da doença, pela ansiedade no envolvimento na prestação de cuidados e também pela capacidade de lidar com as emoções. Desta forma, a postura individual de cada profissional é essencial e envolve um conjunto de valores que implicam cumprimento dos princípios éticos, respeito pelas características individuais do utente pediátrico e família, cuidados centrados no utente pediátrico e família, acolhimento individualizado, humanização dos cuidados, implementação de técnicas inovadoras, elaboração e discussão de incidentes críticos, formação contínua em serviço, atualização permanente, divulgação e partilha de conhecimentos em cursos no Centro de Formação, jornadas e congressos.

Para o seu funcionamento, a equipa do SUP é constituída por médicos pediatras com treino e competência em serviço de urgência, médicos internos da especialidade em constante rotação, Enfermeiros especialistas em diversas áreas, Enfermeiros com treino e vivência diária deste tipo de cuidados, assistentes operacionais e administrativos. Mais especificamente, a equipa de Enfermagem é constituída por Enfermeira Chefe, Enfermeira de Apoio à Gestão, 21 Enfermeiros dos quais 4 possuem especialidade; e encontra-se organizada em quatro equipas de quatro/cinco elementos, sendo que um dos elementos desempenha o papel de Chefe de Equipa, cujas funções consistem em orientar a Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais na resolução de problemas, elaborar o plano de distribuição de trabalho em cada um dos turnos, zelar pelo bom funcionamento do equipamento e materiais e, sobretudo, pela qualidade dos cuidados prestados, sendo por princípio, um agente motivador da sua equipa.

O SUP pretende evoluir para um futuro de melhoria constante dos cuidados prestados, para uma otimização dos resultados. Desta forma, possui uma equipa profissional dedicada, empenhada e cada vez mais apta a perseguir um ideal de excelência, baseado na entreajuda, no aprofundamento de conhecimentos e na análise constante do trabalho realizado, com implementação de estratégias para otimização dos resultados. Para tal, a equipa de Enfermagem possui um olhar constante na formação e atualização de conhecimentos, quer através de pós-graduações e especialidades, como através de mestrados que frequenta.

No que se refere à sua estrutura física, o SUP sofreu recentemente alterações a nível da estrutura e decoração de forma a criar um espaço mais funcional, inserido num ambiente pediátrico; é constituído por sala de triagem, sala de aerossóis, sala de reanimação, sala de vigilância, salas de observação médica, sala de pequena cirurgia, sala de tratamentos, sala de reuniões médica, gabinete da Enfermeira Chefe, WC para profissionais e WC para crianças e acompanhantes, sala de limpos, sala de sujos, copa e, por fim, serviço de observação (SO), constituído por 6 unidades e uma sala de trabalho. Relativamente ao ambiente, houve o cuidado de decorar o espaço com painéis com diversos desenhos em algumas salas do serviço. Existem também diversos pósters científicos e informativos, entre eles a Carta da Criança Hospitalizada, dirigidos aos pais.

Relativamente aos registos de Enfermagem, estes são realizados num sistema informático que se destina ao registo em tempo real de informação clínica, utilizando ecrãs *touch-screen*, em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

Uma das principais funções da comunicação nos cuidados de Enfermagem é o estabelecimento de um relacionamento significativo com o utente, sendo a comunicação a principal ferramenta que o Enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar esta relação e o saber-fazer profissional (Stefanelli, Carvalho, & Arantes, 2005). As competências e as perícias de comunicação são fatores determinantes no processo de comunicação e interação, sendo importante que os Enfermeiros aprendam, desenvolvam e sobretudo implementem nas práticas perícias de comunicação. Neste sentido, foi pertinente desenvolver um **Guia Orientador de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao SUP** (Apêndice VI) que pretende contribuir para a sistematização das intervenções de Enfermagem a adotar, e fomentar a adequação de estratégias de comunicação durante a permanência da

criança/jovem e família nas diversas valências do SUP. Estas linhas orientadoras deverão facilitar a prestação de cuidados de urgência a crianças de todas as faixas etárias e, sempre que necessário, a sua transferência atempada para um serviço pediátrico especializado.

Os profissionais de Enfermagem devem ter presente todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento, revelador da sua vivência, uma vez que todos os sinais comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa/família nos fala de si própria, como refere Collière (2003). A comunicação Enfermeiro/utente pretende ser terapêutica, uma vez que comunicar, enquanto arte profissional, tem de ser aprendida, analisada e, sobretudo, treinada e o profissional deve recorrer a esse saber na sua prática quotidiana, como atitude terapêutica que promova a independência e favoreça a cooperação. O desenvolvimento da comunicação e da capacidade de ouvir requer o reconhecimento dos seus próprios sentimentos e a tentativa de identificar o tipo de comunicação necessária com determinadas pessoas. (Andraus, Minamisava, & Munari, 2012).

3.2 – ATIVIDADES DE FORMAÇÃO TRANSVERSAIS

A participação em diversas conferências no âmbito da Pediatria aquando a realização destes estágios foi considerada bastante pertinente e útil, de forma a adquirir e reforçar conhecimentos em diversos âmbitos, buscando não só a qualidade dos cuidados mas também novas aprendizagens, com vista a aquisição de novas competências. Surgiram diversas oportunidades de assistir a conferências e sessões para a saúde, sendo:

- Seminário *Inovar para Melhor Cuidar: Novos Desafios em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Promovido pelo 8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, com a finalidade de refletir sobre os cuidados de Enfermagem especializados à criança/jovem, numa perspetiva inovadora visando as novas realidades da área da prestação de cuidados (Anexo II).
- Aula aberta de Comunicação em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Leiria, seguida da sessão de lançamento do livro '*Se a Enfermagem falasse*' do Enfermeiro Rodrigo Martins Cardoso. Este livro resulta da compilação de reflexões

efetuadas nos últimos anos pelo autor, suportadas pela evidência científica, discussão com peritos e pela produção noticiosa nacional e internacional.

- Encontro de Direito da Família, na Faculdade de Direito de Lisboa, intitulada '*A Criança e a Casa*', abordando temas como a guarda partilhada dos filhos após a separação dos pais, sob uma perspetiva legal, tendo em conta os direitos da criança.

- XXI Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria, intitulada '*Inflamação*'. Através de mesas redondas estiveram em discussão temas como "Inflamação pré-natal, para o bem e para o mal", "Quando dormir provoca inflamação", "Doença inflamatória intestinal - do micro ao macro", "Ambientes, inflamação e pulmão", "Encefalite autoimune", foram também proferidas as conferências sobre "Inflamação e Neurodesenvolvimento" e "Inflamação: a importância de ser tolerante". O programa contemplou ainda, ao longo dos dois dias, várias sessões intituladas "Breves", onde foram abordadas questões como a lesão renal na doença inflamatória intestinal, as células estaminais em Neonatologia, a anemia e a inflamação, a autofagia na doença metabólica, a inflamação no processamento auditivo central, a terapêutica biológica na Reumatologia, entre outros (Anexo III).

3.3 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo dos anos tem-se verificado um processo de crescimento significativo na área da formação em Enfermagem. O ser humano desenvolve-se pela interação social, pelo que o desenvolvimento cognitivo tem uma relação com a situação de aprendizagem. A aprendizagem, quando significativa, estimula e desencadeia o avanço para um nível maior de complexidade, o qual serve, por sua vez, de base para novas aprendizagens (Vygotsky, 1978). Todo o esforço de melhoria de uma organização deve começar com a melhoria das pessoas: educação, desenvolvimento de habilidades, formação de uma consciência responsável, treino para o trabalho em equipa e criação de uma visão ética do trabalho (Mezomo, 2001). A Enfermagem é caracterizada pela essência do cuidar, no qual a relação humana é fundamental, surgindo o Enfermeiro como um elemento profissional detentor de um vasto conjunto de competências que o tornam capaz de assumir atitudes e comportamentos autónomos e interdependentes. Os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada

pessoa vive e persegue, procurando, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença (OE, 2003). O Enfermeiro Especialista traduz na sua prestação de cuidados um nível mais avançado de Cuidar, com segurança, competência e satisfação do utente (criança e sua família), respondendo às suas necessidades. Neste sentido, o EESCJ trabalha em parceria com a criança e a família, nos diversos contextos de saúde, como hospital, cuidados continuados, centros de saúde, comunidade, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma, é importante que os Enfermeiros desenvolvam competências no processo de comunicação para ser usado em formação em serviço, cursos e promoção da qualidade. A preocupação com a evolução e com a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem continua a ser uma constante para todos e em especial para os profissionais.

A emergência das competências pode constituir um fator mediador entre a formação e os cuidados prestados, sendo que as dimensões relacionais como a comunicação, informação, apoio emocional, disponibilidade, entre outros, são valorizados pelo utente e constituem o modo a partir do qual estes definem a qualidade dos cuidados. O papel dos contextos de saúde no processo de ensino/aprendizagem exerce uma grande influência sobre o sujeito que aprende, promovendo mudanças nos domínios cognitivo, psicomotor e de atitude, tanto a nível profissional como no desenvolvimento de competências relevantes para atividades futuras (Varandas & Lopes, 2012).

O EESCJ promove o mais elevado estado de saúde possível, para tal, a sua performance traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente às necessidades da criança. Tendo em conta a complexidade das situações que o EESCJ se depara, é importante que este detenha conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades (Diário da República, 2ª série, 2011).

Foi neste sentido que foram desenvolvidas diversas atividades nos diferentes contextos de estágio, procurando atuar em diversas áreas, com vista à promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, através de uma orientação antecipatória da

família, tendo em conta a maximização do seu potencial de desenvolvimento. Outros aspetos foram tidos em conta, tais como a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações complexas. Para tal, foram implementados guias orientadores e manuais promotores de saúde de forma a utilizar estratégias motivadoras de saúde para a criança/jovem e sua família, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais nos diferentes âmbitos. Ao longo da realização dos diferentes momentos de estágio, a preocupação com a sensibilização das crianças/famílias e profissionais para a importância da comunicação foi uma constante, contribuindo para capacitar as equipas de saúde no desenvolvimento das suas competências e adequando os diferentes serviços e equipas às suas necessidades, inserido nas suas diferentes filosofias e na base da teoria do Cuidar Humano de Jean Watson.

Perante o percurso e investigação desenvolvidos foram desenvolvidas diversas competências comuns e específicas de Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, preconizadas pela OE, nomeadamente, o desenvolvimento de uma prática com responsabilidade, demonstrando um exercício seguro, responsável e profissional, de acordo com quadros éticos, deontológicos e políticos, através da prestação e gestão de cuidados, da promoção da saúde. Para tal, foi essencial o desenvolvimento de uma comunicação e relações interpessoais eficazes. No que se refere às competências específicas do EESCJ, as competências desenvolvidas passaram pela assistência à criança/família, na maximização da sua saúde através de uma parceria promotora de parentalidade, prestando cuidados nas mais diversas situações de complexidade, nos diferentes estádios de desenvolvimento. Em todo este trajeto foram desenvolvidas competências comunicacionais, procurando comunicar com a criança e família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e cultura, demonstrando conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento, relacionando-se com respeito pelas suas crenças e cultura e demonstrando habilidade de adaptação.

4 – CONCLUSÃO

A segurança do utente tornou-se um dos maiores desafios dos cuidados de saúde do século XXI, o que alertou a OMS para a importância da comunicação como determinante da qualidade e segurança na prestação de cuidados.

Nos diversos contextos de estágio, constatou-se que os Enfermeiros compreendem a importância da comunicação terapêutica, como oportunidade de trocar questões, obtendo uma informação atualizada, tendo em consideração a situação da criança, os cuidados necessários, tratamento, medicação, serviços necessários, assim como alterações recentes ou que possam ser antecipadas; o que concordando com JCI (2009), é a base de uma comunicação eficaz com um processo de verificação da informação recebida, através de diferentes técnicas. Pode-se assim concluir que existe um esforço por parte dos Enfermeiros em melhorar as suas estratégias de comunicação e a qualidade dos seus cuidados, adquirindo competências adequadas e especializadas. Destas competências pode-se destacar o respeito, a intenção de cuidar, a constante curiosidade e interesse para proporcionar os melhores cuidados à criança/família, através de uma relação presente e flexível. Possuir competências comunicacionais como estas, leva a um menor cansaço, ambiente amigável entre profissionais, aumento da produtividade, gestão eficaz do tempo e conseqüente melhoria da qualidade no cuidar, como refere Libyan (2007). Neste sentido, pode-se verificar que os Enfermeiros possuem uma intervenção ativa na comunicação, com iniciativa e uma atitude positiva, através de um discurso claro e direto, numa busca incessante de informação adequada ao benefício do criança/família. Contudo, existiram também obstáculos verificados; um fator determinante para a qualidade da comunicação terapêutica é a competência individual para a sua execução, paralelamente com a falta de preparação dos profissionais de saúde, assim como a ausência de bons modelos a seguir. A formação nesta área é pouco evidente, o que torna o processo mais vulnerável, com um aumento do potencial de eventos adversos; contudo ainda persiste a ideia que estas competências se aprendem no exercício da profissão. No entanto, “a investigação empírica e a constatação no terreno provam que (...) não só as competências comunicacionais pioram com o tempo de exercício, como frequentemente, os modelos a que os profissionais estagiários são expostos (...) pouco contribuem para a sua aprendizagem”

(Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010, p.56). A Enfermagem deverá adequar as dotações às necessidades identificadas e, ainda, promover, implementar e monitorizar as boas práticas. Desta forma, considero a área da formação em Comunicação em Saúde essencial para investir futuramente, quer enquanto formadora, transmitindo os conhecimentos adquiridos, como enquanto formanda numa busca constante da qualidade no cuidar. É importante que se aposte na formação dos profissionais na área comunicacional, lutando sempre para a excelência da qualidade. Contudo, a formação focada na qualidade dos cuidados deve iniciar-se na escola, transmitindo a importância de uma comunicação eficaz, assim como as consequências da sua ineficácia. O presente relatório contribui para reforçar essa importância, assim como funciona como alerta para um investimento urgente a fazer a nível curricular, de modo a promover momentos de treino e aprendizagem para uma melhor comunicação, e consequente melhoria de resultados e qualidade (Mezomo, 2001). As consequências resultantes da falha de comunicação tornam este assunto essencial nos cuidados de saúde. Desta forma, têm surgido algumas práticas inovadoras de forma a reduzir os erros da comunicação, tal como providenciar oportunidades de formação, reuniões de equipa para abordagem dos diversos temas ou implementação de sistemas de comunicação adequados, incorporando treino de comunicação efetivo no desenvolvimento da vida profissional, nas escolas, no currículo educacional e, por fim, encorajando a comunicação entre organizações que prestam cuidados paralelos ao mesmo utente (WHO, 2007).

No que se refere à implicação para a prática, o presente relatório pretende reforçar a importância da comunicação terapêutica na Enfermagem Pediátrica, alertando para os erros que dela poderão surgir, sendo que uma boa comunicação encoraja a colaboração e ajuda na prevenção de erros, dados que se pretendem **divulgar em futuro artigo científico** e **participar em eventos científicos**, nomeadamente com a apresentação do poster científico elaborado. Os domínios teóricos abordados ao longo deste trabalho permitiram enquadrar teoricamente os pressupostos e princípios orientadores da prática, contemplando uma síntese da análise e da reflexão do percurso vivido, dos objetivos e atividades desenvolvidas, com o intuito de desenvolver e aperfeiçoar competências. A sua elaboração implicou o desenvolvimento da capacidade de análise, síntese, planificação e organização do trabalho desenvolvido, numa dinâmica que permitiu uma

intervenção ativa no processo de aprendizagem. Revelou-se um desafio à capacidade de desenvolver e adquirir novos saberes/competências, no âmbito da Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e nos diferentes domínios do conhecimento. Para atingir este estágio foi imprescindível uma observação atenta, um espírito crítico e um pensamento reflexivo relativamente aos cuidados prestados.

Desta forma, foram consolidados e aprofundados conhecimentos sobre as competências do EESCJ, traduzindo-se numa melhoria dos cuidados prestados, com uma perspetiva de melhoria constante no futuro. Competências essas que tiveram um especial enfoque na vertente comunicacional da Enfermagem, considerada um pilar estruturante dos CCF, numa linha orientadora do cuidar segundo Jean Watson.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2003). Family Centered care and the pediatrician's role policy statement. *Pediatrics* , 112 (3), pp. 691-696.
- Andraus, L. M., Minamisava, R. F., & Munari, D. B. (2012). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Revista Brasileira de Medicina* , pp. 242-246.
- Barradas, A. M. (2008). *Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editoras.
- Branchett, K., & Stretton, J. (2012). Neonatal palliative and end of life care: What parents want from professionals. *Journal of Neonatal Nursing* , 18, pp. 40-44.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Briga, S. C. (2010). *A comunicação terapêutica Enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem , Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. (2014). *Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*. Obtido em Junho de 2014, de Serviço de Pediatria: <http://www.hsm.min-saude.pt/Default.aspx?tabid=1804&MenuActive=HospFuturo>
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. (2015). *Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*. Obtido em Janeiro de 2015, de Associação dos Amigos do HSM: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/component/k2/item/123>
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE. (2014). *Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE*. Obtido em Julho de 2014, de Neonatologia: <http://www.chlo.min-saude.pt/ServicosClinicos/Pediatria/InternamentoNeonatologia/>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Genebra: International Council of Nurses.

Costa, J. d. (s.d.). *Método de prestação de cuidados*. Obtido em Março de 2015, de Escola Superior de Enfermagem de Viseu: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Crepaldi, M. A., & Varella, P. B. (Agosto- Dezembro de 2000). A Recepção da Família na Hospitalização de Crianças. (F. d. Preto, Ed.) *Paidéia* , pp. 33-39.

Cunha, M. L. (2000). Recém-Nascidos Hospitalizados: A vivência de Pais e Mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem* , 21, pp. 70-83.

Diário da República, 2ª série, n.º35 (18 de Fevereiro de 2011).

Diário da República, 2ª série. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Regulamento n.º123/2011* , n.º35 , 8653-8655.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau

Diogo, Paula. 2015. (2.ª edição) *O trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: o processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. ed. 2, 1 vol.. Loures: Lusodidacta

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Garcia, T., & Nóbrega, M. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática existencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* , 13 (1), pp. 188-193.

Gaspar, L. (s.d.). *Alimentação 1º Ano de Vida* . Algarve: Unidade de Saúde Familiar Farol.

Gough, J., Johnson, L., Waldron, S., Tyler, P., & Donath, S. (2009). Clinical communication: Innovative education for graduate nurses in paediatrics. (Elsevier, Ed.) *Nurse Education in Practice* (9), pp. 209-214.

Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG Enfermaem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª ed.). Lisboa.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Lage, M. G. (Março de 2004). Educar para o Cuidado Refletido. *Revista Sinais Vitais* , 53, pp. p.14-18.
- Lannbere, M. N. (1995). Le toucher au coeur des soins. *Révue de LInfirmière* , 13, pp. 37-40.
- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families:From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* , 121, pp. e1441-e1460.
- Libyan, J. M. (2007). Obtido em 3 de Maio de 2012, de Interpersonal Skills: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078212>
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica - Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Coimbra: Formasau.
- Malone, B. (2004). Pursuing patient safety. *Quality and Safety in Health Care* , 13, pp. p.86-87.
- Mambriani, S. (1993). *A Comunicação na relação de ajuda*. Madrid: Citadella Éditrice.
- Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de Enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgicas de um Hospital Português*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Mendes, M. (2012). *Enfermeros e pais em parceria na construção do bem-estar da família*. Obtido em Dezembro de 2014, de Repositório da Universidade do Minho : <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11750/1/Enfermeiros%20e%20pais%20em%20parceria%20na%20constru%20c3%a7%20c3%a3o%20do%20bem-estar%20da%20fam%20c3%adlia.pdf>.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Manole.
- Nascimento, E. R., & Trentini, M. (2004). O Cuidado de Enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 12 (2), pp. pp 1-10.

- Neto do Nascimento, C. C. (Março de 2013). A Criança Hospitalizada: influências sociais e emocionais decorrentes da doença e da hospitalização. (Eumed.net, Ed.) *Contribuciones a las Ciencias Sociales* .
- Oliveira, A. (2006). *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Obtido em Dezembro de 2014, de <http://www.nascerprematuro.org/content/view/47/54/>
- O'Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (July de 2008). Patient and Family Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics* , 122 (2), pp. e511-e521.
- Operação Nariz Vermelho. (2015). *Operação Nariz Vermelho*. Obtido em Janeiro de 2015, de Sobre nós: <http://www.narizvermelho.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2012). *Divulgar - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em Abril de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Do caminho percorrido e das propostas - Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei n.º161/1996 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em Setembro de 2014, de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem : http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. *Divulgar* .
- Pereira, F. M. (2007). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Estudo Empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Porto.
- Pereira, N. d. (2008). *A comunicação de Enfermeiro/Utente num Serviço de Urgência*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação. Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República nº35/11 – IIª Série. Lisboa

Regulamento nº123/2011 de 18 de Fevereiro. . Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. . *Diário da República , nº35 , IIª Série* Lisboa.

Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (4ª Edição ed.). Loures: Lusociência.

Santos, E., & Fernandes, A. (Março de 2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência , 11*, pp. 59-62.

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública , 10* (4-5), pp. 47-57.

Silva, D. M. (s.d.). *Instituto Politécnico de Viseu*. Obtido em Julho de 2014, de Correntes de Pensamento em Ciências da Enfermagem: http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_24.htm

Silva, M. J. (s.d.). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em Janeiro de 2015, de O Poder da Comunicação na Enfermagem: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20Poder%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20na%20Enfermagem%20-%20Enfermeira%20Maria%20Jos%C3%A9%20Silva%20Enf%20Especialista%20SMO.pdf>

Silva, S. (2009). Família como utente de Cuidados. Perspetivas e práticas do Enfermeiro de família. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, et al., *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família* (pp. 58-66). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Stefanelli, M. C. (2005). *A Comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem*. São Paulo: Manole.

Stefanelli, M. C., Carvalho, E. C., & Arantes, E. C. (2005). Comunicação e Enfermagem. In M. C. Stefanelli, & E. C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem* (pp. pp 1 - 8). São Paulo: Manole.

Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em Enfermagem - conceitos e prática*. Loures: Lusociência.

Unidade de Saúde Familiar de Matosinhos. (Maio de 2014). *Alimentação Infantil no 1º Ano de Vida - Guia de Aconselhamento*. Matosinhos.

Varandas, M. d., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de Enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação* , 22, pp. 141-158.

Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society - The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

World Health Organization (WHO). (s.d.). *Chronic diseases*. Obtido em Dezembro de 2014, de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

Zen, N., & Cechetto, F. (2008). Assistência de Enfermagem à família em unidade de tratamento intensivo neonatal: um estudo de revisão da literatura. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica* , 8 (2), pp. 83-89.

APÊNDICE I: GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO

**GUIA ORIENTADOR DE ATIVIDADES REALIZADAS EM
ESTÁGIO**

ALEXANDRA SOUSA

N.º 3903

LISBOA

2014

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF – CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

EESCJ – ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

GAM – GRUPO DE AJUDA MÚTUA

RN – RECÉM-NASCIDO

SUP – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

PALOP – PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA PORTUGUESA

UCIN – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

USF – UNIDADE DE SAÚDE FAMÍLIA

INTRODUÇÃO

O presente Guia Orientador de Atividades realizadas em Estágio, inserido no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, encontra-se inserido no relatório intitulado: **Cuidar da criança/família em processo de doença aguda: a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem** e pretende descrever as diferentes etapas cumpridas e que levaram à decisão das diferentes atividades realizadas nos campos de estágio, sua principal justificação e como poderão contribuir tanto para a qualidade do serviço, mas também para a aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ).

O cuidar é considerado o ideal moral da Enfermagem que consiste em tentativas transpessoais para proteger, aumentar e preservar a humanidade, auxiliando a pessoa a encontrar significado na doença, sofrimento, dor e existência, ajudando a adquirir autoconhecimento, controlo e autorestabelecimento, envolvendo valores, vontade e compromisso para o cuidar (Watson, 2002). A Enfermagem possui trunfos e oportunidades maiores para exercer a arte do cuidar, através da proximidade das pessoas ao longo do dia com um espaço de liberdade para atuar como prestadora de cuidados, através de meios e tempos de ação mais amplos (Hesbeen, 2000). Na Pediatria, a qualidade passa também pelos cuidados centrados na família (CCF), uma vez que garantem a saúde e o bem-estar à criança/família através de uma relação de respeito, honrando os pontos fortes, cultura e conhecimentos que todos os elementos desta relação trazem para a mesma; regendo-se pelos cuidados à pessoa e não à sua condição, sendo o utente melhor entendido no seu contexto de família, o que resulta em melhores cuidados de saúde, maior segurança e satisfação (O'Malley, Brown, & Krug, 2008). No processo de saúde/doença, a participação ativa dos pais nos cuidados físicos e emocionais dos filhos é essencial, aliviando o sentimento de culpa e estimulando o papel parental, levando a uma diminuição da ansiedade. Também na Enfermagem, o apoio da família é imprescindível; aceitá-los e orientá-los torna-se essencial para que a participação destas pessoas nos cuidados à criança seja uma realidade dentro dos CCF (Jorge, 2004).

Neste sentido, a transmissão de informação e suporte em todas as intervenções deve estar sempre presente, sendo a comunicação uma pedra angular nos CCF (O'Malley, Brown,

& Krug, 2008). Para minorar os efeitos negativos do processo de doença é importante que o Enfermeiro saiba escutar e colocar as questões certas, funcionando como elemento chave da intervenção terapêutica (Jorge, 2004). Assim, a comunicação é a base da relação terapêutica, essencial para as respostas às necessidades da dinâmica familiar. Despender tempo para construir um relacionamento e compreensão com a criança/família desenvolve um sentimento de confiança e aperfeiçoamento da comunicação que irá melhorar os resultados e a satisfação do utente (Levetown, 2008). A informação aos pais é um direito do qual os profissionais de saúde não se devem demitir, devendo a informação ser orientada, clara, precisa e adequada ao seu nível de linguagem, favorecendo a sua compreensão (Jorge, 2004).

As competências comunicacionais do Enfermeiro são uma componente importante dos CCF. O Enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar e cuidador da criança/família é um elo essencial para o processo de comunicação. São inúmeras as situações que requerem uma grande preparação dos Enfermeiros a nível comunicacional, contudo, existe frequentemente uma barreira causada pela falta de confiança por parte dos próprios (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009). Segundo o mesmo autor, uma das maiores falhas na formação em Enfermagem é a lacuna existente no treino da comunicação perante a família e o utente. À medida que o papel do Enfermeiro se desenvolve com novas competências que lhe são exigidas, é importante que seja dada também uma relevância crescente à comunicação.

Assim, nos diferentes locais de estágio, após uma observação cuidada com um olhar mais dirigido para o cuidar e comunicar em Enfermagem Pediátrica e de várias reuniões com a equipa de Enfermagem, seguiu-se um período de escolha das atividades a elaborar, tendo em conta uma constante melhoria da qualidade dos cuidados prestados, incrementando o espírito dos CCF e enfatizando a necessidade de uma comunicação adequada quer entre profissionais, quer da equipa de saúde para a criança/família. Para tal, foram tidas em conta as competências comunicacionais com a criança/família, alertando para a sua importância e demonstração de cuidados de qualidade; a par com as diferentes competências específicas do EESCJ, nomeadamente na promoção de bem-estar e saúde, assim como na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, implementado e gerindo planos de saúde promotores da parentalidade, através de uma gestão diferenciada.

PROBLEMÁTICA

A comunicação eficaz não é fácil de acontecer, uma vez que frequentemente é sujeita a barreiras e dificuldades que podem perturbá-la. A sua importância no quotidiano hospitalar é inquestionável, sendo que o sucesso dos CCF depende da extensão de formação comunicacional a todas as áreas da Enfermagem. O comprometimento da continuação deste tipo de formação, alargada aos diferentes profissionais de saúde, é essencial para a melhoria constante da qualidade dos cuidados (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009). Assim, considerando a comunicação como pedra basilar dos CCF e a necessidade constante de atualização de estratégias de comunicação, o problema que se pretende aprofundar são as vivências e respostas dos pais perante a doença aguda do filho e como objeto de estudo a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

A USF é uma unidade recente, criada em 2009, que só em 2014 começou a trabalhar profundamente a área da Saúde Infantil, com a contratação de uma Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Jovem. Até então, a restante equipa referia certas lacunas na área de Saúde Infantil e Pediatria, que procurava combater com formação externa. Com a entrada da EESCJ na USF verificou-se um esforço adicional por parte de toda a equipa para tornar esta área, uma área de eleição. Contudo, existem sempre pontos a melhorar nas diversas áreas, nomeadamente na área da comunicação, quer entre profissionais, quer entre o profissional e a criança/família. Os profissionais sentiram que deviam trabalhar esta área, assim como os seus diversos conceitos na área de Saúde Infantil, procurando colmatar falhas ou lacunas existentes. Neste sentido, a equipa de Enfermagem sentiu necessidade de uniformizar a sua linguagem, de forma que a mensagem transmitida fosse semelhante entre todos, procurando alcançar os mesmos objetivos, transmitindo ao utente maior segurança e confiança nos cuidados, através de uma comunicação adequada com os seus utentes.

Foram diversas as atividades que foram sendo propostas para melhorar alguns aspetos comunicacionais quer entre profissionais de saúde, quer entre o profissional e os seus utentes. Uma das propostas passou pela criação de folhetos, focando temáticas

consideradas relevantes no contexto em que esta USF se encontra inserida. O folheto é um meio de comunicação e divulgação bastante utilizado e eficaz, uma vez que atinge uma grande parte da população, pela sua fácil consulta e manuseabilidade. Este é também um meio de comunicação, considerado de baixo custo e muito utilizado para atingir grandes públicos em pouco tempo. Após reunião com a equipa de Enfermagem, foram selecionados alguns temas, considerados mais relevantes a abordar perante a comunidade em que se encontram inseridos, sendo: ‘A Criança com Vómitos’, ‘A Criança com Diarreia’ e ‘A Alimentação na Criança’. Para tal, foram definidos alguns critérios para divulgação dos folhetos, como coloca-los em local visível e acessível, onde a população poderia facilmente consultar e levar para sua casa, como na sala de espera e, ainda, nos diferentes gabinetes de Enfermagem e médicos, para que o profissional possa esclarecer alguma dúvida do utente, assim como entregar pessoalmente o folheto.

Na sequência da necessidade de uniformização de linguagem e melhoria de comunicação com o utente na USF, uma das principais dificuldades verificadas passou pela diversificação alimentar na criança e seu aconselhamento. Desta forma, foi proposto à equipa um momento de formação com a temática “A Alimentação na Criança” de forma a fundamentar a problemática, esclarecendo todas as dúvidas existentes, criando discussão e clarificando o melhor aconselhamento a ser fornecido aos utentes da USF. A formação teve como finalidade proporcionar aos formandos a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades práticas, atitudes e formas de comportamento necessários para o exercício da profissão, criando um espaço de discussão e de aconselhamento procurando uniformizar e clarificar ideias e vai de encontro às competências do EESCJ, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas. A USF apresenta um plano de formação previamente delineado, planeado no início de cada ano, sendo que a presente formação foi inserida neste mesmo plano.

Na sequência das atividades planeadas, procedeu-se ainda à realização de um vídeo promocional intitulado ‘Cuidados ao Recém-nascido (RN) que abordou algumas temáticas consideradas relevantes pela equipa e que suscitavam dúvidas também para os pais que recorriam à USF, tais como: cuidados no banho, cuidados na limpeza do cordão umbilical, massagem ao bebé com cólicas, cuidados na preparação do biberão e, por fim, a importância da vacinação. Foi criado um guião para encaminhar a filmagem, assim como os envolvidos na mesma, tendo sido o vídeo filmado nas instalações da USF para, posteriormente, ser emitido na sala de espera.

Tendo a comunicação como ponto comum das diversas atividades realizadas, foi criado um manual de apoio à USF, intitulado Manual de Promoção de Saúde: Estratégia de Comunicação para a Saúde, que englobou todas as atividades elaboradas, clarificando a importância da comunicação nos cuidados prestados e nas diferentes atividades realizadas, assim como o seu contributo para a qualidade em Enfermagem, baseada em evidência científica.

Considerando o processo reflexivo essencial para a evolução do cuidar e desenvolvimento de competências, foi elaborado também um ‘Diário de Aprendizagem’ acerca da consulta de Saúde Infantil, que pretendeu descrever a perspetiva enquanto EESCJ, assim como os sentimentos envolvidos e propostas de melhoria para a mesma.

As atividades propostas foram de encontro aos objetivos do presente relatório, nomeadamente, aperfeiçoar técnicas de comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem na relação Enfermeiro/criança/família, aprofundando conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de cuidados centrados na família e de qualidade em saúde; e ainda, prestando cuidados de Enfermagem visando o desempenho ao nível científico, técnico e humano, em situações de maior complexidade. Para tal, foram também tidas em conta as diversas competências do EESCJ, procurando sempre a sua aquisição ou desenvolvimento, promovendo o mais elevado estado de saúde da criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde e ainda identificando e mobilizando recursos de suporte à família através de segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias. Assim, foram adquiridas também, competências comunicacionais, adquirindo-as e aperfeiçoando-as rumo a cuidados de qualidade, através da promoção de bem-estar e saúde, assim como a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, alertando a população e a equipa de trabalho para a importância de uma linguagem uniforme, rumo a cuidados de qualidade, através da promoção de bem-estar e saúde, assim como a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, aperfeiçoar técnicas de comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem na relação Enfermeiro/criança/família, aprofundando conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de cuidados centrados na família e de qualidade em saúde.

Atividade 1: Criação de Manual de Promoção de Saúde: Estratégia de Comunicação para a Saúde		
Fundamentação	Planeamento	Implementação
<ul style="list-style-type: none"> - Uniformização da linguagem; - Maior segurança na transmissão de cuidados; - Maior confiança nos cuidados; - Melhoria da comunicação Enfermeiro/Enfermeiro e Enfermeiro/criança/família; - Aquisição e desenvolvimento de competências como EESCJ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com equipa de Enfermagem (temas mais relevantes: criança com vómitos, a criança com diarreia, a criança com febre, a alimentação na criança, a massagem no bebé com cólicas); - Revisão da literatura; - Criação de folheto (meio de comunicação eficaz, de fácil consulta); - Criação de vídeo promotor de saúde; - Criação de Manual de Promoção de Saúde: Estratégia de Comunicação para a saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhetos disponíveis em local visível e acessível (sala de espera; gabinetes de Enfermagem e gabinetes médicos); - O vídeo filmado nas instalações da USF; - Levará algum tempo a ser editado, para, posteriormente, ser passado na sala de espera; - Disponibilização do Manual de Promoção de Saúde para consulta de todos os profissionais;

Atividade 2: Formação à equipa multiprofissional com a temática ‘A Alimentação na Criança’		
Fundamentação:	Planeamento	Implementação
<ul style="list-style-type: none"> - Uniformização de linguagem; - Momento de formação para esclarecer as dúvidas existentes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a Enfermeira Orientadora; - Revisão da literatura; - Plano de formação com o tema “A Alimentação na Criança”; 	<ul style="list-style-type: none"> Plano de formação; Agendar data de formação;

- A formação com finalidade de proporcionar aos formandos a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades práticas, atitudes e formas de comportamento necessários para o exercício da profissão; - Aquisição e desenvolvimento de competências de EESCJ;		
--	--	--

Atividade 3: Elaboração de Diário de Aprendizagem acerca da consulta de desenvolvimento

Fundamentação:	Planeamento	Implementação
- Prática reflexiva; - Aquisição e desenvolvimento de competências como EESCJ;	- Revisão da Literatura; - Elaboração escrita da reflexão crítica;	- Elaboração da reflexão escrita após assistir a consulta de desenvolvimento.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)

A UCIN oferece apoio perinatal diferenciado, em áreas de cardiologia, cirurgia, genética, neurologia, oftalmologia, ortopedia, entre outras, com uma capacidade de 14 camas para uma população de recém-nascidos (RN) entre os 0 e os 20 dias de vida. Esta é uma Unidade com uma grande rotatividade e, conseqüentemente, com Enfermeiros altamente especializados em diversas áreas. Trata-se de um serviço bem organizado, com diversas equipas de trabalho, com 2/3 Enfermeiros, que exploram diversas áreas de interesse para o serviço e sua formação, nomeadamente amamentação, grupos de ajuda mútua, cuidados paliativos, entre outros. Cada grupo é responsável por uma temática que desenvolve ao longo do ano quer através de formação para os pais, mas também para os próprios profissionais e até mesmo a nível hospitalar. Esta é uma forma de enriquecer o serviço, a

nível de formação e também a nível de investigação científica, uma vez que todos os estudos e investigações efetuados são compilados em local próprio no serviço, tendo sido criada uma pequena biblioteca que pode facilmente ser consultada por todos os profissionais.

Sendo esta uma realidade diferente da que exerço funções, foram diversas as áreas que suscitaram especial interesse e para as quais foi necessário um esforço e orientação extra para uma investigação mais aprofundada de forma a corresponder a determinadas competências, mais características desta UCIN. Contudo, foram tendo sido em conta os objetivos específicos, previamente delineados, de acordo com a problemática do relatório, sendo:

- Conhecer a dinâmica orgânico-funcional, referências e modelos de intervenção que orientam a prática de Enfermagem;
- Compreender a comunicação existente entre Enfermeiro/pais/recém-nascidos numa UCIN;
- Identificar necessidades formativas dos Enfermeiros/pais/recém-nascidos na comunicação, sentimentos e gestão de emoções;
- Planear/executar intervenções facilitadoras de uma comunicação adequada ao internamento na UCIN;
- Desenvolver capacidades e habilidades facilitadoras da comunicação e de gestão de emoções entre Enfermeiros e pais/recém-nascidos;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de CCF e qualidade em saúde;
- Desenvolver uma reflexão contínua sobre as competências do EESCJ como promotor da comunicação nos cuidados centrados na família.

No entanto, e tendo em conta a problemática do relatório, foi desenvolvida mais profundamente a área da gestão de emoções, procurando desenvolver a capacidade de comunicação nas diversas situações, assim como a gestão de emoções neste contexto específico, com maior segurança. Para tal, a presença e apoio do Enfermeiro tutor na prestação de cuidados e em toda a reflexão efetuada foram essenciais para um rumo adequado da investigação realizada.

No presente contexto foi essencial compreender as vivências e o contexto das diversas famílias que a ele recorrem. O internamento de um RN numa UCIN é um acontecimento inesperado para a família, pelo que é importante entender a perceção que a família tem

acerca do internamento e de todas as alterações que se encontram a decorrer na sua vida, assim como das principais necessidades verificadas. Neste sentido, foi dada especial atenção ao acolhimento do RN e da sua família na UCIN, salientando o papel do Enfermeiro no serviço, assim como o seu papel de Enfermeiro responsável, usando diversas estratégias de comunicação terapêutica, mobilizando conhecimentos e habilidades. O cuidar em Pediatria é rico em emoção e afetos, sendo que a gestão destes sentimentos e emoções se torna muito difícil a quem presta cuidados, o que pode interferir na comunicação com a família e profissionais de saúde (Diogo, 2015). Neste sentido, é importante também dar relevância às emoções, lembrando Collière (2003), sendo a relação Enfermeiro/utente imbuída de emoções que se transmitem em cascata, uma vez que o Enfermeiro apresenta uma disposição emocional, traduzida por uma atenção afetiva e sensibilidade para com o outro e suas experiências, de forma emocional e persistente. Neste sentido, e tendo em conta a importância da reflexão na prática para a aquisição e desenvolvimento de competências de EESCJ, foi desenvolvido um diário de aprendizagem acerca da gestão de emoções, o qual aborda também a temática dos grupos de ajuda mútua (GAM). De forma a enriquecer a aprendizagem efetuada e aquisição de competências em áreas específicas, foi realizada uma entrevista a uma Enfermeira perita na área, que se encontra incluída no diário de aprendizagem e que em muito contribuiu para o desenvolvimento de competências e enriquecimento de conhecimentos, funcionando ainda como um catalisador de motivação e exemplo de vida a ser tido em conta.

Desta forma, através das atividades planeadas, foram adquiridas e desenvolvidas certas competências do EESCJ, tais como reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de Enfermagem apropriados; promover a adaptação do RN/família à doença crónica, oncológica, deficiência/incapacidade; promover a vinculação de forma sistemática, particularmente do RN doente ou com necessidades especiais, e ainda, comunicar com o RN e família de forma apropriada ao seu estadio de desenvolvimento e cultura.

Atividade 1: Entrevista a uma Enfermeira Perita na área – Professora Doutora Zaida Charepe		
Fundamentação:	Planeamento	Implementação
- Aprofundar conhecimentos na área; - Aquisição e desenvolvimento de competências; - Enriquecimento de toda a pesquisa efetuada - Melhoria da comunicação Enfermeiro/Enfermeiro e Enfermeiro/criança/família;	- Revisão da literatura - Elaboração do Guião da Entrevista; - Marcação de reunião com Enfermeira Perita para realização da entrevista.	- Elaboração da entrevista; - Transcrição da entrevista.

Atividade 2: Elaboração de Diário de Aprendizagem acerca de Gestão de Emoções		
Fundamentação:	Planeamento	Implementação
- Prática reflexiva; - Aquisição e desenvolvimento de competências como EESCJ	- Revisão da Literatura; - Elaboração escrita da reflexão crítica	- Elaboração da reflexão escrita após assistir a consulta de desenvolvimento.

SERVIÇO DE PEDIATRIA

O Serviço de internamento de Pediatria Geral/Unidade de Doenças Metabólicas, Hematologia, Neurologia e Unidade Pluridisciplinar apresenta como principal máxima a humanização dos cuidados. Para este período de estágio foram delineados alguns objetivos específicos, tais como:

- Conhecer a dinâmica orgânico-funcional, referências e modelos de intervenção que orientam a prática de Enfermagem;
- Compreender a comunicação existente entre Enfermeiro/pais/criança;
- Identificar as necessidades formativas existentes nos Enfermeiros/pais/crianças na comunicação;

- Planear e executar as intervenções de Enfermagem facilitadoras de uma comunicação adequada;
- Desenvolver capacidades e habilidades para facilitar a comunicação entre Enfermeiros e pais/crianças;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de CCF e de qualidade em saúde;
- Desenvolver uma reflexão contínua sobre as competências do EESCJ como promotor da comunicação nos CCF.

Este é um serviço que abrange diversas especialidades, o que lhe confere uma enorme rotatividade de crianças internadas, vindas de diversos pontos do país e até mesmo dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Desta forma, são muitas as famílias e diversas as culturas que se cruzam no serviço, pelo que é importante que os Enfermeiros estejam despertos para uma comunicação adequada com as famílias das crianças hospitalizadas, tendo em conta as suas características, principais preocupações, crenças e culturas.

Após reunião com a EnfermeiraChefe e EnfermeiraOrientadora foi planeada a criação de um dossier temático acerca da temática ‘Comunicação Terapêutica com a Família da Criança Hospitalizada’, juntamente com um poster científico acerca do mesmo tema, tendo em conta a importância fulcral da família na constante da vida da criança, muito marcada neste serviço, e essencial na filosofia dos CCF. Foi notório ao longo do estágio, o reconhecimento da importância da família por parte de toda a equipa multidisciplinar, reconhecendo-a como um aliado nos cuidados, que apoia, respeita e encoraja, conferindo-lhes competências, através de ensinamentos e desenvolvimento de parcerias. É notável a busca da capacitação por parte dos pais e o seu empoderamento nos cuidados prestados à criança. Contudo, para que este empoderamento continue a ser positivo nos cuidados e na equipa multidisciplinar, é importante que toda a equipa esteja desperta para a importância de uma comunicação adequada e eficaz, através de técnicas e posturas que possam ser adotadas. A parceria em Pediatria passa por inserir os pais na participação dos pais no cuidado às crianças, reconhecendo as suas competências, dificuldades, preocupações e forças. É por isso necessário que o Enfermeiro esteja atento, não só à comunicação verbal, mas também a toda a comunicação não-verbal que os familiares adquirem ao longo do internamento. Foi neste sentido que foi criado o dossier temático, alertando a equipa para a importância da comunicação e da relação terapêutica com a criança/pais, de forma a

manter a parceria essencial nos CCF, enfatizando a importância da comunicação terapêutica com a família da criança hospitalizada, relembrando conceitos e estratégias de comunicação, organizando e dispondo a informação consultada acerca da temática apresentada e, ainda, facilitando a criação de um arquivo acerca do tema proposto e sua manutenção.

Com este estágio e as atividades apresentadas, foram adquiridas competências como implementar e gerir um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinserção social da criança, assim como se procurou diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco que afetavam a vida e qualidade de vida da criança/jovem. Para tal, foi tido sempre em conta a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, promovendo também a vinculação e comunicando com a criança/família de forma adequada ao estágio de desenvolvimento e à sua cultura, fator essencial neste serviço devido à diversidade de culturas existentes. Foram ainda desenvolvidas competências no sentido de adquirir conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento terapêutica com a criança e família, demonstrando respeito pelas suas crenças e cultura, através de habilidades de comunicação adequadas.

Atividade 1 : Elaboração do Dossier Temático: A Comunicação Terapêutica com a Família da Criança Hospitalizada		
Fundamentação:	Planeamento	Implementação
<ul style="list-style-type: none"> - Aprofundar conhecimentos na área; - Aquisição e desenvolvimento de competências; - Enriquecimento de toda a pesquisa efetuada - Melhoria da comunicação Enfermeiro/Enfermeiro e Enfermeiro/criança/família; 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura - Compilação de artigos pertinentes para a temática - Elaboração do Dossier Temático 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Dossier Temático à equipa de Enfermagem; - Disponibilização do Dossier Temático para consulta no serviço.

Atividade 2 : Elaboração do Póster Científico: A Comunicação Terapêutica com a Família da Criança Hospitalizada

Fundamentação:	Planeamento	Implementação
- Aprofundar conhecimentos na área; - Aquisição e desenvolvimento de competências; - Enriquecimento de toda a pesquisa efetuada - Melhoria da comunicação Enfermeiro/Enfermeiro e Enfermeiro/criança/família;	- Revisão da literatura - Compilação de artigos pertinentes para a temática - Elaboração do Póster Científico	- Apresentação do Póster Científico à equipa de Enfermagem; - Disponibilização do Póster Científico para consulta no serviço.

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O último estágio decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), um serviço com características muito específicas, ao qual recorrem crianças com um leque muito heterogéneo de patologias, com diferentes níveis de gravidade e necessidades de cuidados diferenciados. Tendo em conta a problemática, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer/dar a conhecer as melhores estratégias de comunicação nas diferentes etapas do desenvolvimento da criança;
- Conhecer/dar a conhecer as melhores estratégias de comunicação perante uma técnica;
- Conhecer/dar a conhecer as melhores abordagens para integrar os pais nos cuidados e no desenvolvimento da criança;
- Conhecer/dar a conhecer as melhores estratégias de comunicação nos diferentes momentos do episódio de urgência (triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, serviço de observação).

No SUP, a comunicação terapêutica é tida como uma preocupação constante, desde o momento da admissão, através de cuidados individualizados, de acordo com as necessidades da criança/família, promovendo a humanização.

O desafio de prestar CCF no SUP prende-se com as características do mesmo, que podem originar situações de superlotação, o que desafia a capacidade dos profissionais em

providenciar cuidados de respeito e com sensibilidade; assim como a ausência de uma relação prévia entre profissional e utente/família no SUP e a variedade cultural a que a ele recorre pode também dificultar a capacidade de criar uma relação eficaz. Contudo, estes são desafios que são colmatados através dos CCF, promovendo uma maior segurança, conforto e satisfação. As competências e as perícias de comunicação são fatores determinantes no processo de comunicação e interação, sendo importante que os Enfermeiros aprendam, desenvolvam e sobretudo implementem nas práticas perícias de comunicação. Neste sentido, fez sentido desenvolver um Guia Orientador de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao SUP. Tendo em conta a especificidade do serviço, assim como as suas necessidades, perante a sua filosofia orientada para CCF e cuidados não traumáticos, foi elaborado o Manual de Acolhimento do Serviço, que pretende contextualizar o SUP na instituição hospitalar, no qual foi inserido o Guia Orientador de Boas Práticas previamente realizado. Neste sentido, foram desenvolvidas diversas competências, tanto a nível comunicacional, como de gestão e promoção de crescimento e desenvolvimento. Para tal, foi essencial reconhecer as situações de especial complexidade, cuidando da criança e da família, fazendo uma gestão diferenciada e providenciando os cuidados promotores de ganhos em saúde, promovendo a adaptação da criança e da família aos mesmos.

Atividade 1: Elaboração do Manual de Acolhimento do Serviço de Urgência Pediátrica		
Fundamentação:	Planeamento	Implementação
<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências; - Uniformização da linguagem - Melhoria da comunicação Enfermeiro/Enfermeiro e Enfermeiro/criança/família; - Busca de constante qualidade no cuidar e segurança da criança/família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura - Compilação de todo o material necessário ao documento - Reunião com Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Manual de Acolhimento do SUP a toda a equipa multidisciplinar - Disponibilização do Manual de Acolhimento do SUP para consulta no serviço.

Atividade 2: Elaboração do Guia Orientador de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao SUP

Fundamentação:	Planeamento	Implementação
<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências; - Uniformização da linguagem - Melhoria da comunicação Enfermeiro/Enfermeiro e Enfermeiro/criança/família; - Busca de constante qualidade no cuidar e segurança da criança/família - Sistematização das intervenções de Enfermagem a adotar - Adequação de estratégias de comunicação durante a permanência da criança/jovem e família nas diversas valências do SUP 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura - Compilação de todo o material necessário ao documento - Reunião com Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Manual de Acolhimento do SUP a toda a equipa multidisciplinar - Disponibilização do Manual de Acolhimento do SUP para consulta no serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Guia Orientador de Atividades Realizadas em Estágio foi essencial para organização de ideias, seu planeamento e implementação nos diferentes locais de estágio. Permitiu também a adaptação dos diferentes objetivos às competências específicas de EESCJ, essencial para a elaboração do relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gough, J., Johnson, L., Waldron, S., Tyler, P., & Donath, S. (2009). Clinical communication: Innovative education for graduate nurses in paediatrics. (Elsevier, Ed.) *Nurse Education in Practice* (9), pp. 209-214.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.

Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121, pp. e1441-e1460.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**MANUAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE
COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE**

ELABORADO POR:

ENF.ª ALEXANDRA SOUSA (ALUNA DO 5º MEEESCJ)

ENF.ª ESCJ ANA FILIPA DAMAS

SOB ORIENTAÇÃO:

PROF. DOUTORA PAULA DIOGO

LISBOA

OUTUBRO 2014

ÍNDICE

Introdução.....	3
Justificação.....	5
Estratégias de Promoção de Saúde	9
Execução	10
Avaliação.....	13
Contributos para a aquisição de competências.....	13

INTRODUÇÃO

A Enfermagem possui trunfos e oportunidades maiores para exercer a arte do cuidar, através da proximidade das pessoas ao longo do dia com um espaço de liberdade para atuar como prestadora de cuidados, através de meios e tempos de ação mais amplos. Quando se atingem os limites de intervenção dos outros profissionais de saúde, a Enfermagem tem sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa (Hesbeen, 2000). Segundo Richardson & Storr (2010), os Enfermeiros são a chave para as iniciativas de segurança, o que confere à profissão uma grande responsabilidade e a necessidade de uma atuação virada para a qualidade.

A importância da promoção de saúde enquanto área de atenção remonta à conferência internacional de Otawa (1986). A promoção de saúde é também um estímulo relativamente à utilização de recursos e conhecimentos dos indivíduos no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis onde a vigilância de saúde é um aspeto básico. A promoção de saúde implica uma diversidade de estratégias, nas quais se inclui a educação para a saúde.

A definição de educação para a saúde tem sofrido alterações ao longo dos tempos, uma vez que integra o conceito de saúde e também de educação, simultaneamente. Por outro lado, vai buscar contributos às ciências da saúde que determinam os comportamentos mais adequados em saúde, às ciências do comportamento que explicam como se processam as mudanças e às ciências da educação que ajudam na determinação de melhores estratégias e intervenções (Rodrigues & al, 2005). No âmbito da Pediatria, a promoção da saúde, e concretamente a educação para a saúde, assume uma importância particular, com o objetivo de intervir de forma antecipatória e precoce no crescimento e desenvolvimento da criança, como se encontra descrito no programa de vigilância, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, criado pela Direção Geral de Saúde. Assim, todos os locais de assistência à criança devem ter conhecimento do seu conteúdo e todas as oportunidades de contactos com a criança e família devem ser maximizadas tendo sempre em vista a promoção de saúde (Jorge, 2004).

No presente contexto, os Enfermeiros assumem um papel essencial e inerente ao seu exercício profissional, uma vez que é sua função realizar intervenções de Enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional, tal como

refere a alínea b) do artigo 9º do Decreto-Lei n.º247/09 de 22 de Setembro. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001) refere que os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, o Enfermeiro deve atuar na promoção da saúde infantil, de forma a maximizá-la, adaptando as melhores estratégias.

A prática da Enfermagem possui várias componentes, tais como a interdisciplinaridade, a atenção acrescida à imprevisibilidade, a singularidade do ato do cuidar e a adoção de uma atitude profissional que não se apoia apenas no saber fazer; para tal, é essencial que a conceção de Enfermagem oriente momentos de formação, transformando uma experiência significativa, os acontecimentos quotidianos, num projeto pessoal e coletivo (Magalhães, 2006). Assim, concordando com Watson (2002), o objetivo de Enfermagem é ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, gerando processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado, através do processo de cuidar e transações do cuidar que respondem ao mundo interior da pessoa.

As competências comunicacionais do Enfermeiro são uma componente importante dos cuidados centrados na família. O Enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar e cuidador da criança/família é um elo essencial para o processo de comunicação. São inúmeras as situações que requerem uma grande preparação dos Enfermeiros a nível comunicacional, contudo, existe muitas vezes uma barreira causada pela falta de confiança por parte dos próprios (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009).

Segundo o mesmo autor, uma das maiores falhas na formação em Enfermagem é a lacuna existente no treino da comunicação perante a família e o paciente. À medida que o papel do Enfermeiro se desenvolve com novas competências que lhe são exigidas, é importante que seja dada também uma relevância crescente à comunicação.

O presente Manual de Promoção de Saúde surge enquanto atividade integrada na Unidade Curricular: Estágio com Relatório, cujo relatório se intitula Cuidar da Criança/Família em processo de doença aguda: a Comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria que decorre na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A promoção da saúde é uma área onde intervêm vários grupos disciplinares e que implica uma panóplia de programas e iniciativas. No que se refere à equipa de Enfermagem, este manual tem por objetivo servir de suporte aos Enfermeiros nas intervenções de promoção de saúde junto da criança/família e ainda, enfatizar e reforçar a comunicação existente entre equipa de saúde/pais/criança, numa procura constante da melhoria da qualidade dos cuidados e da informação existente, incrementando o espírito dos cuidados centrados na família e enfatizando a necessidade da relação de ajuda.

JUSTIFICAÇÃO

A Enfermagem é a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do Homem. Watson coloca também ênfase no essencial, ou seja, na relação entre o prestador de cuidados e o beneficiário desses cuidados, que permitirá esperar um resultado terapêutico que contribuirá para o bem-estar, numa situação de vida em que o prestador de cuidados é chamado a intervir. O que faz o acessório da prática do cuidar são os vários meios de um grupo de profissionais que servem de suporte à ação de cuidar, sendo estes de natureza diversa e dependem de aspetos técnicos, assim como de aspetos científicos, educativos e organizacionais (Hesbeen, 2000).

Na Pediatria, a qualidade engloba também os cuidados centrados na família (CCF), uma vez que garantem a saúde e o bem-estar à criança/família através de uma relação de respeito, honrando os pontos fortes, cultura e conhecimentos que todos os elementos desta relação trazem para a mesma; regendo-se pelos cuidados à pessoa e não à sua condição, sendo o paciente melhor entendido no seu contexto de família, o que irá resultar em melhores cuidados de saúde, maior segurança e satisfação (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

A doença não será vivida da mesma forma por cada pessoa porque se inscreve numa situação de vida única, animada por um desejo de viver também único. Por mais que a doença seja objetivada no corpo que se tem, ela não afeta se não o corpo que se é (Hesbeen, 2000). A forma como cada família responde à situação de doença depende da forma como a doença surge, sendo que as mudanças comportamentais e afetivas são vividas num período de tempo muito curto, requerendo, por parte da família, uma rápida

mobilização das suas competências para lidar com a situação. Contudo, as incertezas diagnósticas representam um dos acontecimentos mais dramáticos que a família pode sofrer, envolvendo-a numa crise emocional, afetando todos os seus elementos (Jorge, 2004).

Os CCF garantem a saúde e o bem-estar à criança e sua família através de uma relação de respeito entre a criança/família e o profissional, honrando os pontos fortes, a cultura, a tradição e os conhecimentos que todos os elementos desta relação trazem para a mesma. Este tipo de cuidado rege-se por certos conceitos, como centrar-se nos cuidados à pessoa e não à sua condição, sendo o paciente melhor entendido no seu contexto de família, cultura, valores e objetivos, respeitando o seu contexto, perspetivando melhores cuidados de saúde, maior segurança e satisfação (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

Na criança/família, o *stress* vivenciado numa situação de doença súbita é diferente do que na doença crónica; sendo que na doença súbita, as mudanças comportamentais e afetivas são vividas num período de tempo curto, requerendo uma rápida mobilização das competências familiares para lidar com a situação (Jorge, 2004). O sofrimento da família relativamente ao processo de doença aguda da criança pode ser causado pela gravidade da doença, pela ansiedade no envolvimento na prestação de cuidados e também pela capacidade de lidar com as emoções.

Neste processo de saúde/doença, a participação ativa dos pais nos cuidados físicos e emocionais dos filhos é essencial, aliviando o sentimento de culpa e estimulando o papel parental, levando a uma diminuição da ansiedade. Também para a organização do trabalho da Enfermagem o apoio da família é imprescindível; aceitá-los e orientá-los torna-se essencial para que a participação destas pessoas nos cuidados à criança seja uma realidade dentro dos CCF (Jorge, 2004). A assistência prestada à criança pelos pais é, segundo Schmitz (1989) citado por Jorge (2004), a mais perfeita e satisfatória e a que lhe confere mais segurança. Assim, a participação ativa dos pais nos cuidados físicos e emocionais dos filhos, alivia o sentimento de culpa e estimula o papel dos pais. A sua presença durante o processo de doença permite desculpabilizá-los e restaurar-lhes a autoconfiança quanto à capacidade de cuidar do filho. Desta forma, é essencial a disponibilidade dos Enfermeiros para ouvir os pais e a criança, para que as questões possam ser reformuladas e a família se organize dentro desta nova situação (Jorge, 2004).

Neste sentido, a transmissão de informação e suporte em todas as intervenções deve estar sempre presente, sendo a comunicação uma pedra angular nos cuidados centrados na família (O'Malley, Brown, & Krug, 2008). Para minorar os efeitos negativos do processo de doença é importante que o Enfermeiro saiba escutar e colocar as questões certas, funcionando como elemento chave da intervenção terapêutica (Jorge, 2004).

Assim, a comunicação é a base da relação terapêutica, essencial para as respostas às necessidades da dinâmica familiar. Despende tempo para construir um relacionamento e compreensão com a criança/família desenvolve um sentimento de confiança e aperfeiçoamento da comunicação que irá melhorar os resultados e a satisfação do paciente (Levetown, 2008).

Apesar de essencial e considerado como o mais comum procedimento na saúde, existe pouca ênfase curricular em construir competências na área da comunicação, principalmente, na área pediátrica. A maioria das ações dirigidas às famílias restringe-se em atender o questionamento sobre rotinas, normas ou estado do paciente, sem preocupação sobre as condições sociais e emocionais em que a família se encontra (Neto do Nascimento, 2013).

Na intervenção em Enfermagem, saber escutar e saber colocar as questões certas são a chave da intervenção terapêutica. Embora, o Enfermeiro possa ter conhecimento que a doença da criança não é realmente séria, não deve supor que os pais tenham esse conhecimento. Numa situação de desequilíbrio emocional, num estado de tensão e com sentimentos de culpabilização e medo, os familiares vivenciam uma panóplia de sentimentos; identificar as emoções, atitudes, medos e preocupações dos pais é uma forma de ajudar toda a família, uma vez que a ansiedade dos pais é transmitida aos filhos e influencia a recuperação destes (Jorge, 2004).

A obtenção de informação é um fator importante na capacidade da família para crescer e mudar, sendo esta uma necessidade específica em tempo de crise ou *stress*, sendo que a forma como a informação é transmitida, também muito importante. A informação dá à família algum controle sobre a situação, reduzindo sentimentos de incerteza. Ao partilhar os seus saberes com a família, toda a equipa multidisciplinar encontrará nos pais uma melhor e mais ativa colaboração (Jorge, 2004). Promover CCF envolve o reconhecimento da família como uma parte essencial nos cuidados à criança e na sua experiência de saúde/doença (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009); são

uma abordagem inovadora para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, baseado numa relação de mútuo benefício para as crianças/familiares e profissionais de saúde. Para tal, é importante que o Enfermeiro clarifique os seus próprios valores, o que lhe irá permitir funcionar como modo terapêutico, comprometendo-se nos cuidados que presta, reconhecendo a importância dos CCF no processo de saúde/doença em Pediatria (Lopes, 2006).

Num estudo realizado por Crepaldi & Varella (2000), evidenciou-se a necessidade da uniformização da informação fornecida pela equipa de Enfermagem e da consciencialização da importância do acompanhamento familiar no desenvolvimento da doença; fornecendo uma informação clara, doseada, transmitida em momento correto, tendo em conta a situação vivenciada pela família. Ao partilhar os seus saberes com a família, toda a equipa multidisciplinar encontrará nos pais uma melhor e mais ativa colaboração (Jorge, 2004).

Segundo Benner “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2005, p.14). Assim, para desenvolver competências que tornem o profissional perito em determinadas áreas de conhecimento, devem ser adquiridos conhecimentos perceptivos, devidamente fundamentados e aprofundados pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que permitam prestar cuidados individualizados, numa perspetiva holística (Benner, 2005).

As competências comunicacionais afetam a experiência de processo de doença, pelo que o papel comunicacional do Enfermeiro poderá contribuir para reduzir a ansiedade da criança e família (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009). Contudo, a transmissão de informação implica uma avaliação emocional dos pais, assim como do seu nível de compreensão, cultural e desejo de receber informação. O Enfermeiro deverá saber escolher as palavras e momentos oportunos, enfatizando os aspetos positivos, de forma a diminuir a ansiedade infundada e desnecessária (Jorge, 2004).

O Enfermeiro que pretenda uma comunicação eficaz deve saber ouvir, identificar os seus sentimentos e tentar reconhecer os da pessoa com quem pretende comunicar, utilizar técnicas de comunicação, o silêncio, a reflexão, a recetividade, o esclarecimento e ser coerente nas suas mensagens (Jorge, 2004).

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem referem-se à promoção de saúde quando referem que o Enfermeiro ‘na procura permanente da excelência no exercício profissional (...) ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde’. Considera ainda que são elementos importantes face à promoção de saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente’ (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12). Desta forma, cabe aos Enfermeiros adotarem estratégias nos diferentes contextos com vista à excelência no exercício.

A comunicação, como meio articulador na promoção e prevenção da saúde, é uma função vital, na qual os indivíduos e a organização se relacionam uns com os outros, bem como o meio ambiente e com as próprias partes do grupo, influenciando-se mutuamente e transformando factos em informação, permitindo o desenvolvimento da educação em saúde

Os meios de comunicação articulados à saúde permitem a construção de um novo modelo de promoção e prevenção de saúde, no qual o indivíduo por meio da educação em saúde é estimulado a transformar a sua realidade de vida. Podem ser utilizados como meios educativos na promoção de saúde, podendo-se dividir em vídeos, filmagens, cartazes e folhetos impressos, entre outros

A educação em saúde tem desempenhado um papel importante em relação à promoção de saúde e à prevenção de riscos e doenças. A sua articulação com os diversos meios de comunicação tem permitido desenvolver processos eficientes com o intuito de viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com as necessidades da pessoa atendida.

A informação em saúde é considerada veículo necessário para a gestão de serviços pois tem a possibilidade de orientar a implementação, o acompanhamento, a avaliação dos

modelos de atenção à saúde, envolvendo as ações de prevenção e promoção da saúde (Zuge & Brum, 2010).

Os meios de comunicação podem constituir-se como ótimas ferramentas para os Enfermeiros, uma vez que proporcionam métodos facilitadores das práticas de educação em saúde. (Zuge & Brum, 2010). Exemplos de meios de comunicação são estratégias, como o vídeo, folhetos/impressos, entre outros. O vídeo garante acesso cognitivo, afetivo e ação aos códigos de comunicação de um modo geral, transportando os factos do quotidiano para o processo educativo, permitindo informar e problematizar as questões do quotidiano. A utilização do vídeo possibilita a abordagem de diversas temáticas e questões contempladas por meio de processos educativos, permitindo promover e exercitar as práticas educativas em contexto amplo e social.

Os folhetos impressos são também uma forma importante de auxiliar a construção do ensino-aprendizagem, que permita à Enfermagem tomar como ferramenta alternativa de comunicação, mensagens que destacam a promoção de saúde, com o intuito de despertar a curiosidade e atenção da população.

EXECUÇÃO

No presente campo de estágio, a equipa de Enfermagem atribui grande importância às intervenções na área da promoção de saúde; contudo, o fornecimento de suportes informativos, apesar de reconhecida importância, são pouco utilizados, quer por existirem em pouca quantidade quer por estarem pouco acessíveis. Neste sentido, foram traçadas diversas estratégias de forma a melhorar os meios de comunicação existentes, entre eles, a elaboração de panfletos e filmagem de um vídeo para a promoção de saúde. Com estes suportes pretende-se essencialmente a uniformização da linguagem, transmitindo uma maior segurança nos cuidados e conseqüente confiança nos mesmos, rumo a uma melhoria constante na comunicação entre os diversos profissionais de saúde, assim como a comunicação da equipa multidisciplinar com a família/criança.

Nesta sequência foram elaborados diversos folhetos para distribuição na Unidade de Saúde Familiar, atendendo às necessidades verificadas pela equipa e às características da população.

Foi decidido em reunião com a Enfermeira Orientadora a criação de um folheto, uma vez que este é um meio de comunicação e divulgação bastante utilizado e eficaz, que

atinge uma grande parte da população, pela sua fácil consulta e manuseabilidade. Este é também um meio de comunicação, considerado de baixo custo e muito utilizado para atingir grandes públicos em pouco tempo.

Deu-se assim início a uma revisão da literatura, de forma a reunir toda a informação pertinente acerca dos diferentes problemas que se decidiu abordar. Assim, foram elaborados os seguintes folhetos:

Folheto	Apêndice
“Criança com Vômitos”	I
“Criança com Diarreia”	II
“Alimentação na Criança”	III

No seguimento da concretização de novos folhetos, foi solicitada à equipa multidisciplinar a distribuição dos mesmos, sempre que indicado. Os folhetos foram distribuídos pelos vários gabinetes médicos e de Enfermagem e sala de espera, colocados em local visível e acessível para utilização pela equipa, havendo disponibilidade da equipa em esclarecer alguma dúvida que surgisse, sempre que necessário.

Na sequência das atividades planeadas, procedeu-se à realização de um vídeo promocional acerca dos principais cuidados à criança, abordando diversas temáticas consideradas relevantes pela equipa, sendo: cuidados no banho do recém-nascido, cuidados na limpeza do cordão umbilical, massagem ao bebé com cólicas, cuidados na preparação do biberão e, por fim, a importância da vacinação (Apêndice IV).

Considerando as diversas formas e estratégias de comunicação como um meio ideal para ensino tanto das crianças e familiares, a formação surge como um meio de informação importante para profissional de saúde/família/criança, sendo igualmente importante entre profissionais. A formação tem como finalidade proporcionar aos formandos a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades práticas, atitudes e formas de comportamento necessários para o exercício da profissão, criando ainda um espaço de discussão e de aconselhamento procurando uniformizar e clarificar ideias.

A USF apresenta um plano de formação previamente delineado, planeado no início de cada ano. Neste plano, os diferentes profissionais abordam diferentes temas ao longo do ano, num momento previamente definido no qual irá ser realizada a formação. Na sequência da necessidade de uniformização de linguagem e melhoria de comunicação com o utente na presente USF, uma das principais dificuldades da equipa passa pelo ensino da diversificação alimentar na criança e seu aconselhamento. Desta forma, foi proposto à equipa um momento de formação com a temática “A Alimentação na Criança” (Apêndice V) de forma a fundamentar a problemática, esclarecendo todas as dúvidas existentes, criando discussão e clarificando o melhor aconselhamento a ser fornecido.

Estas atividades irão de encontro a diversas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria promovendo o mais elevado estado de saúde da criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde e ainda identificando e mobilizando recursos de suporte à família através de segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias.

Desta forma, pretendo adquirir e aperfeiçoar competências comunicacionais, alertando a população e a equipa de trabalho para a importância de uma linguagem uniforme, em rumo a cuidados de qualidade, através da promoção de bem-estar e saúde, assim como a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

As atividades propostas vão de encontro aos objetivos a que me propus neste projeto, nomeadamente, aperfeiçoar técnicas de comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem relação Enfermeiro/criança/família, aprofundando conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de cuidados centrados na família e de qualidade em saúde; e ainda, prestando cuidados de Enfermagem visando o desempenho ao nível científico, técnico e humano, em situações de maior complexidade.

As competências adquiridas com as mesmas passa por:

- Promover o mais elevado estado de saúde da criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à família através de segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias.
- Adquirir e aperfeiçoar competências comunicacionais, alertando a população e a equipa de trabalho para a importância de uma linguagem uniforme, rumo a cuidados de

qualidade, através da promoção de bem-estar e saúde, assim como a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

- Aperfeiçoar técnicas de comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem na relação Enfermeiro/criança/família, aprofundando conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de cuidados centrados na família e de qualidade em saúde.

AVALIAÇÃO

Os Enfermeiros devem atuar junto da criança/família promovendo ensinamentos, assentes em suporte informativo de forma que se traduza numa influência positiva na adesão de comportamentos saudáveis.

O processo de ensino assemelha-se ao processo de Enfermagem, sendo que começa com a avaliação do problema, seguindo-se a sua planificação, implementação e, posteriormente, a avaliação da sua eficácia (Bowden & Greenberg, 2005). Neste sentido, foram realizadas diversas reuniões informais com a equipa de Enfermagem procurando saber as suas necessidades e a melhor estratégia a percorrer. Desta forma, encontram-se também programadas reuniões de avaliação, de forma a verificar a eficácia dos meios de comunicação implementados.

A avaliação da presente atividade será efetuada mediante a discussão partilhada acerca dos conteúdos apresentados.

De uma forma informal, a equipa de Enfermagem considerou a atividade importante e útil à prática de cuidados, destacando aspetos como a sua aplicabilidade à área da promoção de saúde, assim como a adequação das sugestões de melhoria efetuadas ao contexto, e ainda, a importância da existência de alunos no âmbito do mestrado e das atividades que desenvolvem.

CONTRIBUTO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

As competências comunicacionais do Enfermeiro são uma componente importante dos CCF. O Enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar e cuidador da criança/família é um elo essencial para o processo de comunicação (Gough, Johnson,

Waldron, Tyler, & Donath, 2009). São inúmeras as situações que requerem uma grande preparação dos Enfermeiros a nível comunicacional, contudo, existe muitas vezes uma barreira causada pela falta de confiança por parte dos próprios. No que se refere à Pediatria, os Enfermeiros temem a reação dos pais, assim como sentem alguma insegurança na gestão de emoções intensas (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009).

Segundo o mesmo autor, uma das maiores falhas na formação em Enfermagem é a lacuna existente no treino da comunicação perante a família e o paciente. À medida que o papel do Enfermeiro se desenvolve com novas competências que lhe são exigidas, é importante que seja dada também uma relevância crescente à comunicação. Assim, o manual pretende também marcar a importância de uma constante melhoria da qualidade dos cuidados, incrementando o espírito dos CCF, enfatizando a necessidade da relação de ajuda e, ainda, reconhecendo a comunicação como pedra basilar nos CCF. Contribui também para a aquisição e aperfeiçoamento de competências comunicacionais com a criança/família, alertando restante equipa para a sua importância e demonstração de cuidados de qualidade; a par com as diferentes competências específicas do EESCJ, nomeadamente na promoção de bem-estar e saúde, assim como na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, implementado e gerindo planos de saúde promotores da parentalidade, através de uma gestão diferenciada.

Esta atividade vai de encontro a diversas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria promovendo o mais elevado estado de saúde da criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde e ainda identificando e mobilizando recursos de suporte à família através de segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias.

Desta forma, pretendem-se adquirir e aperfeiçoar competências comunicacionais, alertando a população e a equipa de trabalho para a importância de uma linguagem uniforme, rumo a cuidados de qualidade, através da promoção de bem-estar e saúde, assim como a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

As atividades apresentados corresponderam aos objetivos inicialmente propostos, nomeadamente, aperfeiçoar técnicas de comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem na relação Enfermeiro/criança/família, aprofundando conhecimentos no âmbito da comunicação em Enfermagem como promotor de cuidados centrados na

família e de qualidade em saúde; e ainda, prestando cuidados de Enfermagem visando o desempenho ao nível científico, técnico e humano, em situações de maior complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bowden, V., & Greenberg, C. S. (2005). *Procedimentos em Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Crepaldi, M. A., & Varella, P. B. (Agosto- Dezembro de 2000). A Recepção da Família na Hospitalização de Crianças. (F. d. Preto, Ed.) *Paidéia*, pp. 33-39.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Direcção Geral de Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica Volume I*. Obtido em Setembro de 2014, de ARS Algarve: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/Urgencias_no_ambulatorio_em_Idade_Pediatrica_Volume_I.pdf

Freitas, P. (2010). *Cuidar Criança*. Obtido em Setembro de 2014, de Alimentação no primeiro ano de vida: http://cuidarcrianca.com/index.php?option=com_content&view=article&id=187:alimentacao&catid=3:biblioteca&Itemid=5

Gough, J., Johnson, L., Waldron, S., Tyler, P., & Donath, S. (2009). Clinical communication: Innovative education for graduate nurses in paediatrics. (Elsevier, Ed.) *Nurse Education in Practice* (9), pp. 209-214.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

Johnson & Johnson Lda. (2009). *Johnson's Baby*. Obtido em Setembro de 2014, de O primeiro banho do bebé: <http://www.johnsonsbaby.pt/banhocorpoecabelo/how-to-bath.html?gclid=CNHaiKLo-8MCFUiWtAodDCYAPg>

Johnson's Baby. (s.d.). *SAPOLIFESTYLE*. Obtido em Setembro de 2014, de Dos 0 aos 6 meses: Como dar banho ao bebé: <http://lifestyle.sapo.pt/familia/bebé/artigos/dos-0-aos-6-meses-como-dar-banho-ao-bebé>

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.

Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* , 121, pp. e1441-e1460.

Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica - Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Coimbra: Formasau.

Magalhães, M. M. (1º Semestre de 2006). A Invisibilidade da Prática de Enfermagem e a Face Qualificante do Hospital. *Pensar em Enfermagem* , 10 (1), pp. 58-66.

Neto do Nascimento, C. C. (Março de 2013). A Criança Hospitalizada: influências sociais e emocionais decorrentes da doença e da hospitalização. (Eumed.net, Ed.) *Contribuciones a las Ciencias Sociales* .

O'Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (July de 2008). Patient and Family Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics* , 122 (2), pp. e511-e521.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Rodrigues, M., & al, e. (2005). *Educação para a saúde - Educação Pedagógica de Formadores de Saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.



A criança com
VÓMITOS

PARA OS PAIS

- Ter paciência;
- Utilizar o soro de reidratação oral
- Rever sinais de desidratação
- Retomar a alimentação habitual, em pequenas quantidades, quando cessarem os vómitos.

Os vómitos persistentes podem desencadear desidratação e perturbações do equilíbrio hidroelectrolítico. Existem soros de rehidratação oral que podem ser utilizados, como Miltina Electrolit®, Oral Suero®, Redrate®, Dioralyte®, entre outros.

Rua Fernão Mendes Pinto, N.º19

1400-145 LISBOA

usf.descobertas@arslvt.min-saude.pt



A criança com
VÔMITOS

O vômito é a expulsão, voluntária ou involuntária, do conteúdo gastrointestinal pela boca, acompanhado pela contração dos músculos abdominais. É um sintoma muito comum em idade pediátrica e o mais frequente na gastroenterite aguda.

O vômito pode ter várias causas, podendo ser divididas em causas gastrointestinais e não gastrointestinais.

Se a causa for a gastroenterite, as náuseas e os vômitos podem durar de algumas horas a dois ou três dias. É comum ter diarreia e cólicas abdominais ligeiras associadas.

Direcção Geral de Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica Volume I*. Obtido em Setembro de 2014, de ARS Algarve: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/Urgencias_no_ambulatorio_em_Idade_Pediatica_Volume_I_.pdf
Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (30ed.). Loures: Lusociência.

CUIDADOS A TER:

- Fazer pausa alimentar durante 30 min a uma hora. Não beber nem comer nada neste período de tempo.
- Iniciar dieta com pequenos goles de chá açucarado ou soro de rehidratação oral, ingerindo uma colher de chá/soro de 5/5 min;
- Se estiver a amamentar, deve deixar mamar quantidades menores mais frequentemente. Para os que tomam biberão, deve oferecer um pouco da fórmula de leite ou uma solução electrolítica.
- Acrescentar alimentos semi-sólidos e com pouca fibra gradualmente;
- Parar de alimentar a criança se os vômitos voltarem.
- Depois de tolerar a reintrodução da dieta, a alimentação deve ser ligeira nos primeiros dias, dando pequenas quantidades e sem forçar a criança a comer.
- Posteriormente, pode alimentar-se de sopa, gelatina, torradas, ovos, bolachas de água e sal, arroz ou frango.

IR À URGÊNCIA / COMUNICAR COM O PEDIATRA

- Mau estado geral e sensação ou sintomatologia compatível com doença grave;
- Vômitos incoersíveis após tentativa de reidratação oral ou vômitos persistentes além de 24 h.
- Febre.
- Idade inferior a 3 meses.
- Não conseguir beber qualquer coisa ou o vômito persistir por mais de 12 horas.
- Não tiver uma fralda molhada em oito horas.
- Tiver vestígios de sangue no vômito ou vômito tipo borra de café;
- Tiver a boca seca ou chorar sem lágrimas;
- Estiver anormalmente sonolenta ou apática.
- Se possuir sinais de desidratação como sede excessiva, boca seca, pouco ou nenhum débito urinário, fraqueza ou tontura.



PARA OS PAIS

Recordar sinais de desidratação.

A prevenção e correção da desidratação é tarefa prioritária, usando soros de rehidratação oral.

Retomar alimentação habitual logo que a desidratação esteja corrigida.



Rua Fernão Mendes Pinto, N°19
1400-145 LISBOA
usf.descobertas@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por:
Enf.ª Alexandra Sousa (5º CMEESIP ESEL)
Enf.ª Especialista Ana Damas

Out.
2014

A criança com

DIARREIA



A criança com

DIARREIA

É o aumento da frequência das dejectões e diminuição da sua consistência. Pode ser acompanhado de vómitos, cólicas abdominais e febre e pode conduzir à desidratação e desnutrição.

A diarreia é uma doença autolimitada que dura, em média, 3 a 5 dias.

A causa mais frequente é uma infeção por vírus - a gastroenterite. E o rotavírus é o principal agente: que viaja à boleia das mãos, o que explica o fácil contágio entre as crianças.

Direcção Geral de Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica Volume I*. Obtido em Setembro de 2014, de ARS Algarve: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/Urgencias_no_ambulatorio_em_Idade_Pediatica_Volume_I_.pdf
Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG Enfermagem da Criança do Adolescente* (3aed.). Loures: Lusociência.

CUIDADOS A TER:

- A prevenção e correção da desidratação é a tarefa prioritária.
- Os bebés devem continuar a ser amamentados´.
- A terapêutica ideal passa por soro de rehidratação oral, de forma gradual.
- Beber diariamente cerca de oito a dezasseis copos de líquido (ex. água, refrigerantes sem gás, chá, entre outros).
- O reinício da alimentação deve ser lento
- Acrescentar alimentos ligeiros em pequena quantidade à dieta e sem forçar a criança, tais como bolachas de água e sal, torradas, ovos, frango, arroz, banana e maçã;
- Evitar alimentos doces e com gordura.
- Não se recomenda a utilização de antieméticos ou de antibióticos;

A diarreia persistente pode desencadear desidratação e perturbações do equilíbrio hidroelectrolítico. Existem diferentes soros de rehidratação oral, tais como Miltina Electrolit®, Oral Suero®, Redrate®, Di-oralyte®, entre outros.

IR À URGÊNCIA / COMUNICAR COM O PEDIATRA

- Não tiver uma fralda molhada em oito horas.
- Diarreia com duração superior a 2-3 dias.
- Temperatura superior a 38°C
- Presença de sangue nas fezes.
- Dor de barriga persistente.
- Apresentar a boca seca ou chorar sem lágrimas.
- Mostrar sonolência anormal ou estiver apático.
- Fontanela deprimida em bebés com menos de 1 ano.
- Incapacidade de fazer hidratação oral;
- Idade inferior a 3 meses.
- Mau estado geral.
- Olhos encovados.
- Criança com sede fora do normal.
- Diarreia após visita a países tropicais.
- Família insegura.



Conselhos Importantes

- Introduzir os alimentos de forma gradual, em pequenas porções e respeitando o ritmo de cada criança;
- Evitar no 1º ano os frutos potencialmente alergénicos (morango, amora, kiwi, maracujá, etc).
- Os alimentos pastosos devem ser oferecidos à colher e os líquidos pelo copo ou biberão;
- A confecção dos alimentos deve ser simples, com pouca gordura e sem sal ou açúcar. Os cozidos são sempre a primeira preferência, seguido dos estufados simples e, por fim, os grelhados;
- Não devem ser oferecidos doces, produtos de pastelaria, refrigerantes ou mel;
- A ordem de introdução dos alimentos não é rígida, devendo ser analisada caso a caso.
- Se surgir alguma reacção na pele, diarreia ou dificuldade respiratória após a introdução de um novo alimento, este deve ser suspenso até ter nova consulta com o Enfermeiro ou Médico de família.



A alimentação do bebé nos primeiros meses de vida é importante para o ser crescimento e desenvolvimento mas também para a sua saúde futura.

Rua Fernão Mendes Pinto, N°19

1400-145 LISBOA

usf.descobertas@arslvt.min-

saude.pt



Freitas, P. (2010). *Cuidar Criança*. Obtido em Setembro de 2014, de Alimentação no primeiro ano de vida: [A close-up photograph of a baby's face. A spoon is being used to feed the baby, with a small amount of food on the spoon and the baby's lips.](http://cuidarcrianca.com/in-dex.php?option=com_content&view=article&id=187:alimentacao&catid=3:biblioteca&Itemid=5;Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). <i>WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente</i> (30ed.). Loures: Lusociência.</p></div><div data-bbox=)

A Alimentação da Criança



A Amamentação

É a forma ideal de fazer crescer saudavelmente o bebé até aos 4 a 6 meses, altura em que são necessários novos nutrientes que asseguram um crescimento equilibrado. A diversificação alimentar desenvolve a capacidade de mastigação, deglutição, gosto por sabores e texturas. Contribui para a socialização, desenvolvimento e comportamento.

4 – 6 Meses

Sopa de Legumes

Feita com uma base simples com 2 ou 3 alimentos (cenoura e/ou abóbora e uns grãos de arroz ou batata), confeccionada sem sal, bem cozida. Adicionar uma colher de chá de azeite, depois de pronta.

Os restantes legumes deverão ser introduzidos aos poucos, um legume de cada vez, com intervalo de 3 dias entre si (ex. alface, feijão verde, brócolos, etc.).

A Papa

A papa (farinha látea ou não látea) deve ser dada à colher, uma vez por dia. Para preparar, deverá seguir as instruções do exterior da embalagem.

As farinhas láteas deverão ser preparadas com água fervida. As farinhas não láteas devem ser preparadas com o leite materno ou com o suplemento de leite que o bebé está a fazer.

As papas não necessitam de açúcar!

A fruta

As primeiras frutas a serem oferecidas são a maçã, pêra, banana e papaia. A maçã e a pêra poderão ser cozidas até ao 6º mês.

A fruta deve ser dada à sobremesa e não em substituição de uma refeição.

Prefira fruta ao natural, preparada em casa. Utilize os boiões de fruta comerciais apenas como recurso.

6-7 Meses

Glúten

O glúten (proteína presente na cevada, trigo e centeio) pode ser introduzido nesta fase. Pode também ser oferecido pão, de preferência sem sal e papas com glúten.

Carne

Inicialmente, deverá cozer a carne, sem pele ou gordura, na sopa e retirar depois de cozida. Após uns dias, tritura-se a carne juntamente com os legumes, de forma a obter um puré.

Começar pela carne de frango ou borrego, seguindo-se peru, coelho, vitela e, por fim, vaca. A carne de porco só deve ser introduzida após os 12 meses de idade.

Peixe

Cozer o peixe à parte, retirar espinhas e pele e misturar no puré de legumes. Pode utilizar peixe fresco ou congelado (pescada, linguado, cavala, solha ou faneca).

Deve oferecer peixe três dias da semana e carne nos restantes quatro dias.

8/9 Meses

Ovo

Começar por $\frac{1}{4}$ de gema cozida na sopa. Aumentando para $\frac{1}{2}$ na semana seguinte, $\frac{3}{4}$ na outra e finalmente, a gema completa. Não ultrapassar as $\frac{2}{3}$ gemas por semana. Quando adicionar gema, não colocar carne ou peixe.

Iogurte

Oferecer iogurte sólido natural não açucarado. Apenas um por dia, não devendo ser oferecido como sobremesa.

9/11 Meses

Leguminosas

Começar com feijão frade, lentilha, grão e ervilhas, em pouca quantidade, sempre bem lavadas e demolhadas.

12 Meses

A partir daqui a criança pode habituar-se ao padrão alimentar da família, com uma alimentação saudável, completa e equilibrada.

Poderão ser introduzidos os peixes gordos, as carnes vermelhas, os frutos silvestres e os restantes legumes.

Baseado em:

Freitas, P. (2010). *Cuidar Criança*. Obtido em Setembro de 2014, de Alimentação no primeiro ano de vida: [http://cuidarcrianca.com/in-dex.php?option=com_content&view=article&id=187:alimentacao&catid=3:bi](http://cuidarcrianca.com/in-dex.php?option=com_content&view=article&id=187:alimentacao&catid=3:biблиотека&Itemid=5)

APÊNDICE IV: GUIÃO DO VÍDEO ‘CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO’

	GUIÃO FILME	
--	--------------------	--

Olá! Vamos aproveitar este momento para aprender, relembrar e refletir acerca de alguns conceitos. Foi mãe ou pai há pouco tempo? É avô ou avó e ajuda a tomar conta dos seus netos? Vamos falar de alguns temas que vai gostar de relembrar.

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

CUIDADOS NO BANHO

O banho ao recém-nascido é um momento muito especial para o bebé e para os pais, uma vez que promove a troca de afetos. Este é também um ótimo momento para os pais observarem cuidadosamente o corpinho do bebé. Contudo, é natural que os pais sintam um pouco de receio ao dar o seu primeiro banho. Manusear um bebé molhado, a mexer-se e cheio de sabão não é uma tarefa fácil, que requer prática e segurança, pelo que os pais devem manter-se calmos, segurando bem o bebé.

Geralmente, o bebé adora água, uma vez que lhe lembra a segurança e conforto da barriga da mãe. Este é normalmente um momento de relaxamento para o bebé devido ao contacto com água morna, sendo importante que também o bebé desfrute deste momento. Com a prática, a confiança irá aumentar permitindo que os pais deixem para trás a ansiedade e desfrutem em pleno este momento único.

Embora alguns pais dêem banho ao seu bebé todos os dias, não é verdadeiramente necessário dar-lhe banho mais do que duas vezes por semana, antes de ele começar a gatinhar. O rosto, as mãos, o pescoço, as axilas e as zonas cobertas pela fralda devem ser lavadas e secas todos os dias com muito cuidado. De cada vez que a fralda for mudada deverá lavar ou limpar cuidadosamente a zona.

O banho pode ser permitido a qualquer hora do dia, sendo que na maior parte das vezes os pais optam por fazê-lo no período da manhã ou da noite, dependendo da reação do bebé e da rotina pretendem criar. Assim, é preferível que o banho seja dado aproximadamente à mesma hora, todos os dias, sendo que ao final do dia, este momento irá promover o relaxamento do bebé. No entanto, o banho no recém-nascido não deve demorar mais de 5 minutos.

O banho deve ser dado num espaço limpo e espaçoso, num ambiente previamente preparado, sendo que a temperatura da casa de banho deve rondar os 22 a 25°C. Antes de iniciar o banho, é importante reunir todo o material necessário, colocando-o em local acessível, uma vez que nunca se pode deixar o bebé sozinho na banheira. Pode também estender uma toalha, onde colocar o bebé. Junto de si, deverá ter:

Produtos:

- O creme de lavagem para corpo e cabelo;
- O creme hidratante;
- O creme protetor para zona genital;
- Fraldas;
- Álcool a 70°;
- Soro fisiológico;
- Toalhas.

Acessórios:

- Esponja/luva de lavagem;
- Termómetro para o banho;
- Termómetro para a febre;
- Tesouras para unhas;
- Lima para as unhas;
- Escova para o cabelo;
- Compressas esterilizadas e não esterilizadas;
- Chupeta
- Roupinha limpa

Enquanto o bebé é muito pequenino deve usar uma pequena banheira de plástico, em vez de uma banheira normal. Deve encher a banheira com cerca de 5 a 7 cm de água quente, a uma temperatura de cerca de 38°C.

De seguida, deve levar o bebé para a divisão onde lhe irá dar o banho e despi-lo completamente. Verifique de novo a temperatura da água antes de colocar o bebé na água, com o cotovelo, interior do punho ou termómetro.

Para o banho deverá seguir os seguintes passos:

1. Deve limpar os olhos do bebé com soro fisiológico e compressas esterilizadas, através de movimentos suaves e únicos, usando uma compressa para cada olho e limpando no sentido orelha/nariz.
2. Lavar a face do bebé antes de o mergulhar na água, não esquecendo as narinas e as orelhas, com ajuda de compressas humedecidas. Poderá fazer este passo deixando-o ainda enrolado na toalha. Deve limpar apenas a parte externa do pavilhão auditivo com uma compressa e não com cotonetes, de forma a eliminar água que possa ter entrado durante o banho.
3. Deve limpar o nariz com soro fisiológico, uma vez que limpa e também hidrata a mucosa do nariz.
4. Deve introduzir gradualmente o bebé na água, começando pelos pés, usando o seu braço para apoiar o pescoço e a cabeça da criança. Lentamente deve verter pequenas quantidades de água do banho sobre o bebé, com a esponja, com compressas ou diretamente com a mão, lavando-o no sentido da cabeça para os pés.
5. Deve aplicar pequenas quantidades de gel duche, lavando o bebé com a mão ou com uma luva de lavagem, tendo sempre em conta as pregas cutâneas. Não esquecer as zonas atrás dos joelhos, axilas e pescoço.
6. De seguida, deve transferir o apoio do bebé para o braço contrário, para que fique de barriga para baixo e em posição para lavar devidamente a zona das costas.
7. Deve retirar o bebé da banheira, tendo sempre em atenção que o corpo da criança é escorregadio quando está molhado.
8. Deve envolver o bebé numa toalha com capuz e secá-lo bem por contacto, sem esfregar, não esquecendo de limpar todas as pregas cutâneas.
9. De seguida, deve aplicar uma loção suave ou um creme hidratante em toda a superfície corporal. A pele é a primeira defesa do recém-nascido por isso deve estar sempre bem cuidada. Se optar por perfumes ou colónias, é preferível aplicá-las na roupa e não diretamente na pele do bebé.

Apesar de parecer complexo, com a prática, poderá desfrutar cada dia melhor o momento do banho. Todo este processo não deverá demorar muito tempo, uma vez que as crianças rapidamente perdem calor.

ATENÇÃO:

- Nunca deve colocar o bebé na banheira com a água ainda a correr, uma vez que temperatura se pode alterar ou a água ficar demasiado profunda.
- Nunca deve deixar o bebé sozinho, nem por um segundo. Mesmo se o telefone tocar ou a campainha tocar, deve envolver o bebé numa toalha e levá-lo consigo.

DESINFECÇÃO DO COTO UMBILICAL

O cordão umbilical pode estar presente nas primeiras duas semanas de vida, pelo que deverá ser limpo em cada mudança de fralda com compressas esterilizadas embebidas em álcool a 70°. Esta higiene deverá ser realizada até às 48h posteriores à queda do cordão. Para tal, deverá seguir alguns passos:

1. Lavar sempre as mãos antes de iniciar o procedimento.
2. Limpar a pele circundante ao cordão umbilical, utilizando uma compressa com álcool a 70° para cada zona e também para o clampe.
3. Fazer um movimento único e suave.
4. Ao colocar a fralda no bebé deverá fazer uma dobra na parte superior da fralda, de modo a não cobrir o cordão umbilical. Deve evitar manter o cordão umbilical coberto, já que isso prolonga a humidade da zona e pode atrasar a sua queda normal.

A zona da fralda trata-se de uma zona crítica para a ação de microrganismos, com riscos de lesão associados à evacuação, qualidade da fralda e tempo de contacto das fezes/urina com a pele. Por isso, a pele naquela zona deve ser limpa com uma compressa com água morna e aplicar um creme protetor para prevenir lesões. A muda de fralda pode também ser aproveitada para uma massagem relaxante.

O banho e os cuidados de higiene ao bebé permitem a observação da sua condição física, promovendo o seu conforto, prevenindo infeções e, ainda, permitindo a socialização do bebé com os pais.

MASSAGEM AO RECÉM-NASCIDO

É normal que um bebé chore pois é a sua forma de comunicar. Chora porque tem frio, calor ou fome, porque a fralda está molhada ou suja, porque está doente ou simplesmente desconfortável. Mas há bebés que choram sem razão aparente, todos os dias, várias horas por dia, sem descanso. Podem ser assim as cólicas, que geralmente são passageiras mas que deixam os pais angustiados. Existem recursos que podem ajudar, como o colo dos pais ou uma massagem

As cólicas no bebé surgem entre a 2^a e a 6^a semana de vida e podem durar até aos 3 a 4 meses; geram momentos angustiantes, uma vez que os pais têm de enfrentar um choro persistente, inconsolável e sem razão aparente. Este choro tende a ser súbito, diário, normalmente na mesma hora e sem que nada consiga acalmar, acompanhado por pernas encolhidas, punhos fechados, músculos abdominais tensos e rosto avermelhado. É difícil identificar a causa para tamanho desconforto, podendo estar relacionada com alergias, intolerância à lactose, imaturidade do sistema digestivo, alimentação materna e até ansiedade. No entanto, não é possível encontrar um padrão nos bebés com cólicas, daí que não existe nenhum tratamento suficientemente eficaz no seu alívio.

A melhor solução passa por alguns cuidados que contribuam para a tranquilidade do bebé. Pode começar pela alimentação, alimentando-o com mais frequência e em menos quantidade, procurando fazê-lo arrotar de cada vez e sem insistir se o bebé não tiver fome. Gestos como alterar a posição de amamentação ou aleitamento do bebé, colocando-o na posição vertical, facilitando a expulsão do ar engolido, diminui a flatulência. Em cada mamada, o bebé deve esvaziar primeiro uma mama antes de passar para a outra. Se a mãe se encontra a amamentar deverá eliminar ou reduzir da sua dieta os alimentos que podem causar reação ao bebé como leite de vaca, citrinos, certos condimentos, bebidas com cafeína e gaseificadas e o tabaco. Pode ser necessário alterar o leite para uma alternativa sem lactose ou hidrolisada.

Embalar o bebé ajuda a tranquilizar e traduz um momento de intimidade que faz cessar o choro. Para além de proporcionar um momento de grande cumplicidade, a massagem tem outras vantagens, uma vez que estimula o desenvolvimento emocional e as capacidades de aprendizagem do bebé; ajudando a promover o desenvolvimento equilibrado do sistema nervoso, contribuindo para a diminuição dos níveis de *stress* do

bebé, estimula a circulação sanguínea, reforçando o seu sistema imunitário. A massagem pode ainda ajudar a aliviar cólicas e obstipação, no sentido que contribui para um melhor funcionamento do sistema digestivo.

Com as massagens os bebés podem desenvolver melhores padrões de sono e passar noites mais tranquilas, contribuindo para o equilíbrio do sistema emocional e níveis de energia.

A massagem pode ser realizada no bebé desde as primeiras semanas de vida, tendo sempre o cuidado de verificar a reação do bebé neste momento. Esta deve ser realizada num local com uma temperatura agradável, num ambiente tranquilo e luminoso, mas sem demasiada luz. Ao efetuar a massagem, o contacto deve ser quente, suave mas firme, executando pressões estimulantes e envolventes.

Deverá ter junto de si, tudo o que irá necessitar, como: óleo, toalha, fraldas limpas e roupas; seguindo os passos:

1. Coloque o bebé virado para si em cima de uma toalha, na cama ou num colchão de muda da fralda.
2. Posicione o bebé de forma que ele veja a sua cara.
3. As suas mãos devem estar limpas e quentes, e as unhas cortadas.
4. Retire tudo o que possa magoar a pele do bebé como, por exemplo, jóias. Utilize um óleo de massagem específico para bebés, que pode comprar na farmácia. Aplique-o nas suas mãos e esfregue-as para aquecer o óleo antes de tocar no bebé.
5. Massaje a barriga, no sentido dos ponteiros do relógio, ou coloque o bebé de barriga para baixo – favorece a expulsão de ar, diminuindo o desconforto. Massajar a barriga, erguendo levemente as pernas, é outro carinho que contribui para desbloquear eventuais gases intestinais.

Pode ainda recorrer à ajuda de alguns medicamentos, sempre com aconselhamento da sua equipa de saúde. Não devem, contudo, ser usados como primeiro recurso, sendo fundamental respeitar a dose recomendada.

É claro que nada disto pode funcionar... O mais importante é saber que as cólicas surgem, geralmente, em bebés saudáveis, que mantêm o apetite, ganham peso e interagem com o meio ambiente. Assim, nada como consolar o bebé e esperar que o

choro canse e se desvaneça.

ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ/DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

O leite materno é a forma mais natural de alimentar um recém-nascido, sendo considerada a melhor e mais completa alimentação para o bebé, contendo tudo o que ele precisa nos primeiros 4 a 6 meses de vida.

Para tal, é importante que a mãe se alimente de forma equilibrada, para que o seu leite possua todas as vitaminas de que o seu filho precisa. Contudo, o leite materno nem sempre possui as mesmas características. Nos primeiros 3 dias a mãe produz o colostro, em pequena quantidade, mas muito concentrado e rico em proteínas e anticorpos. Passadas cerca de duas semanas, as mamas passam a produzir um leite maduro, que evidencia um maior teor em nutrientes que fornecem energia. Ao longo da mamada é normal que a consistência do leite também se vá alterando, passando de um leite mais aguado para um leite mais forte, com maior teor de gordura.

Verifica-se assim que o leite materno possui inúmeras vantagens, entre as quais, é de fácil digestão, ajuda a proteger contra as infeções. O momento da amamentação promove uma relação de grande intimidade entre a mãe e o bebé mediante o suave contacto da pele de ambos, fazendo que a criança se sinta no peito da mãe. Se não amamentar ou, por qualquer outra razão tiver de interromper a amamentação, existe à disposição uma grande quantidade de substitutos do leite materno de produção industrial.

COMO PREPARAR O BIBERÃO

Ao preparar o leite artificial é importante seguir algumas instruções, sendo que a preparação do biberão deve ser rigorosa em algumas regras, nomeadamente nas regras de higiene.

O biberão deve ser preparado imediatamente antes da refeição, pelo que se fizer um passeio mais longo, deve levar consigo uma garrafa térmica com água fervida e a porção de leite em pó necessária devidamente protegida numa caixa, com as quais poderá prepara o biberão do bebé em qualquer altura.

Ao iniciar a preparação do biberão, deve garantir que as suas mãos estão lavadas, assim como a colher medidora deve estar absolutamente limpa.

Para preparar o biberão deve utilizar água da torneira previamente fervida e arrefecida. De seguida, deverá utilizar a quantidade de leite em pó recomendada nas instruções que se encontram na embalagem, não devendo pressionar o leite em pó na colher ou encher a colher medidora acima da sua medida.

Assim, na hora de preparar o leite, há um conjunto de passos a seguir:

1. Esterilize biberão e a tetina;
2. Adicione o pó (respeitando a medida indicada pelo pediatra) à água morna previamente fervida e agite;
3. Verifique a temperatura do leite antes de o dar, deixando cair umas gotas nas costas da sua mão: o leite deve estar à temperatura do seu corpo;
4. Se o bebé não tomar o leite todo, deite fora a porção que sobrar, não a use novamente;
5. Se preparar o leite com antecedência, guarde-o no frigorífico mas não por mais de 24 horas. Leites ou fórmulas preparadas com antecedência que estejam mais de uma hora fora do frigorífico devem ser rejeitadas;
6. Caso aqueça no microondas, misture bem o líquido para homogeneizar a temperatura.

ESTERELIZAÇÃO DO BIBERÃO

Após cada utilização deverá proceder à limpeza do biberão e da tetina, uma vez que os restos de leite nos utensílios de alimentação do bebé constituem um terreno fértil para a propagação de germes nocivos.

Antes da esterilização todo o material deverá ser cuidadosamente lavado. Após a utilização, as garrafas e as tetinas devem ser imediatamente passadas por água corrente; de seguida, deverão ser lavadas com água quente e detergente, com ajuda de um escovilhão.

Existem diversos métodos de esterilização; pode usar o método de fervura, no qual o material a esterilizar é fervido durante 10 a 15 minutos em água, o suficiente para eliminar todos os germes potencialmente prejudiciais. Pode também ser usada a

esterilização a vapor, usando um aparelho de esterilização a vapor, colocando os utensílios a desinfetar que serão envolvidos em vapor de água. Outro método que poderá ser utilizado é a esterilização a vapor no micro-ondas, no qual se utiliza uma caixa própria na qual se colocam os biberões e as tetinas a esterilizar.

VACINAÇÃO

Uma criança vacinada está mais protegida contra um grande conjunto de doenças, recebendo proteção contra doenças como a poliomielite, a difteria, a tosse convulsa, o tétano, o sarampo, a papeira, a rubéola, a meningite, entre outros.

A primeira vacina a ser administrada ao bebé, é administrada logo após o nascimento, ainda na maternidade, oferecendo proteção contra a tuberculose – a BCG. Por ser tão precoce, esta é uma experiência de que as crianças não se lembram. Mas a vacinação vai fazer parte da sua rotina de vida até aos 10-13 anos.

É importante desmistificar o medo das agulhas e, com ele, o medo das vacinas. Criando um ambiente de tranquilidade em torno da ida ao centro de saúde e explicando os benefícios daquela vacina e das vacinas em geral.

O organismo infantil é como um castelo que os inimigos tentam conquistar – os inimigos são os vírus causadores das infeções. E para defender esse castelo é preciso chamar reforços – as vacinas, para que o inimigo não entre. A vacinação mais não é do que a principal arma contra doenças que, em tempos idos, causavam a morte a populações inteiras. Atua preventivamente, evitando a infeção ou, mesmo quando não é possível evitá-la por completo, diminuindo a sua gravidade.

As vacinas são uma das maiores invenções da Humanidade, uma vez que atuam na prevenção e protegem não só a pessoa a quem foi administrada, mas toda a comunidade, quebrando a cadeia de transmissão da doença. Daí a importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

As contra-indicações às vacinas são raras; contudo, existem falsas contra-indicações às vacinas, que não passam de mitos. Assim, ao contrário do que muitas vezes a população possa pensar, as crianças podem ser vacinadas, mesmo que apresentem:

- Reações locais, ligeiras a moderadas, de uma dose anterior de vacina;
- Doença ligeira aguda, com ou sem febre (como uma infeção respiratória ou diarreia);

- Terapêutica antibiótica concomitante
- Imunoterapia concomitante com extratos de alérgenos
- História pessoal ou familiar de alergias;
- Lesões cutâneas;
- Doenças crónicas cardíacas, pulmonares, renais ou hepáticas,
- Doenças neurológicas;
- Prematuridade ou baixo peso à nascença
- Aleitamento materno;
- História de icterícia neonatal;
- Malnutrição;
- História anterior de sarampo, rubéola ou outra vacina alvo de uma vacina;
- Exposição recente a uma doença infecciosa;
- Convalescença de doença aguda, entre outras.

Após a administração da vacina, é normal que surja dor, vermelhidão e algum inchaço, pode até haver febre e algum mal-estar, no entanto estes sintomas são, quase sempre, passageiros.

Baseado em: Johnson & Johnson Lda (2009), Johnson's Baby, Freitas (2010)

5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
em Saúde Infantil e Pediatria



A Alimentação da Criança



PRIMEIROS 1000 DIAS

Conceção 1º Ano 2º Ano

É o período de programação, de desenvolvimento e de uma grande taxa de crescimento. O que acontece durante estes 1000 dias é decisivo no desenvolvimento da saúde futura.



A nutrição durante os primeiros 1000 dias de vida tem um impacto a curto, médio e longo prazo na saúde do seu bebé.

Uma alimentação saudável durante a gravidez faz toda a diferença na saúde futura do seu bebé. Por isso é essencial fazer escolhas adequadas e responsáveis.




A importância de uma nutrição equilibrada é essencial:

A alimentação da grávida influencia a nutrição do feto.

A alimentação do bebé promove um crescimento equilibrado e saudável.


Ajuda a prevenir futuras doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes tipo 2.

Ajuda a criar hábitos alimentares saudáveis definitivos.



A Mãe Grávida deve:

- Comer de forma equilibrada, alimentos de qualidade e quantidade;
- Comer alimentos importantes para o corpo da mãe e para a formação do bebé;
- Cereais, frutas e vegetais devem contribuir para a maior parte da alimentação;
- Beber água (1,5 a 2 l/dia);



A Mãe Grávida deve:

- Comer com moderação os produtos de origem animal, tais como a carne, peixe, leite e derivados.
- Deve procurar comer carnes com menos gordura e leite meio gordo.



ATENÇÃO!

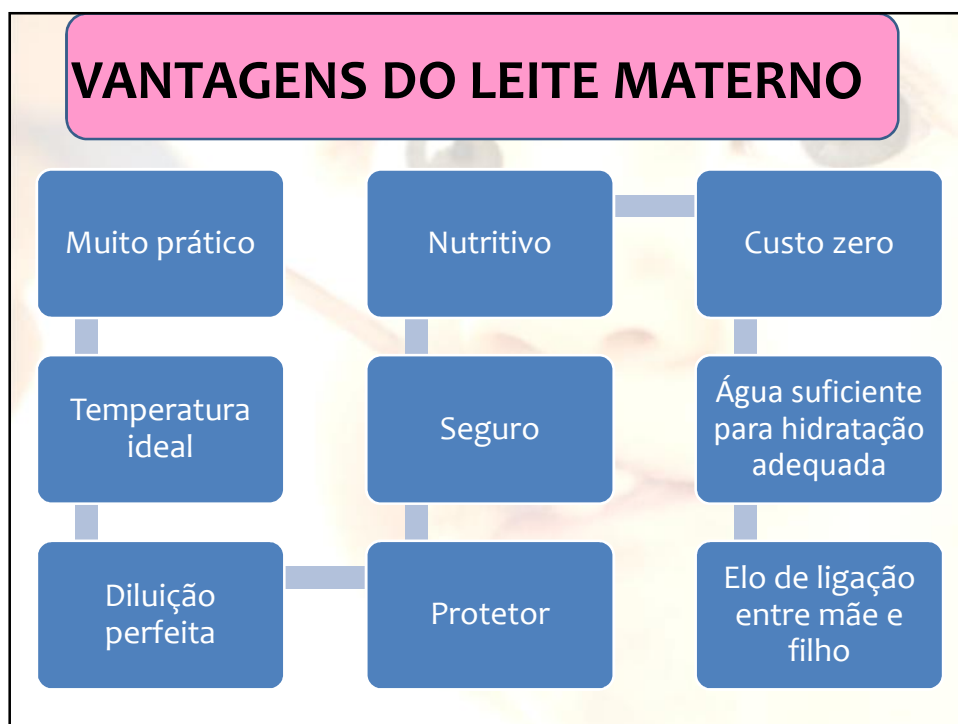
Alguns alimentos podem ser fontes de bactérias e parasitas (toxoplasmose).

Deve evitar comer carne ou peixe crus.

Lavar corretamente as saladas, vegetais e frutas, antes de consumir.

A Amamentação

É a forma ideal de fazer crescer saudavelmente o bebé até aos 4 a 6 meses.



A Amamentação

Primeiros
dias de vida

20 - 60 ml
de leite

Final do
primeiro mês

90-120 ml
de leite

A Amamentação

Apesar do leite materno ser o melhor alimentos em todos os sentidos, não há razão para fundamentalismos se não conseguir ou poder amamentar.

Deve aconselhar-se com um profissional de saúde que recomendará um leite infantil adequado ao seu bebé.

Atualmente, os leites infantis são soluções nutricionais adequadas, elaboradas sob os mais criteriosos padrões de qualidade e segurança, promovendo um crescimento similar ao do leite materno.

Diversificação Alimentar

A partir de um dado momento, o leite materno só por si não consegue fazer face às necessidades energéticas da criança e torna-se insuficiente do ponto de vista nutricional para este período de crescimento.

A partir dos 4/6 meses são necessários alimentos que vão fornecer nutrientes em quantidade e qualidade suficientes para assegurar um crescimento equilibrado.

A introdução de novos alimentos deve ser adaptada a cada lactente e atender ao seu contexto socio cultural.

Diversificação Alimentar

Este momento não é rígido para todos os bebés, sendo consensual que deverá acontecer entre os 4 e os 6 meses de vida.

Diversificação Alimentar: capacidades adquiridas



Diversificação Alimentar

O aporte de energia até aos 6 meses pode ser 100% proveniente de fonte láctea, sendo que nesta fase, deverá duplicar o seu peso de nascença.

Dos 6 aos 8 meses a energia provem 1/3 de outros alimentos.

A não introdução de novos alimentos até aos 8-10 meses pode comprometer todo o processo de diversificação e aumentar o risco de dificuldades na alimentação mais tarde.

4/6 Meses

Os primeiros alimentos a introduzir deverão ser a sopa de legumes ou a farinha láctea/não láctea, de acordo com a orientação da sua equipa de saúde.

A partir deste momento, a água deve ser oferecida ao longo do dia, em pequenas quantidades.

4/6 Meses: Sopa de Legumes

- Base simples com 2 ou 3 alimentos (cenoura e/ou abóbora e uns grãos de arroz ou batata)
- Sem sal e bem cozida

- Adicionar uma colher de chá de azeite, depois de pronta

- Introduzidos aos poucos, um legume de cada vez, com intervalo de 3 dias entre si
- Inicialmente o puré deve ser mais aguado, espessando a sua consistência gradualmente

4/6 Meses: Papa

- ✓ Deve ser dada à colher, uma vez por dia.
- ✓ Para preparar, deverá seguir as instruções do exterior da embalagem.
- ✓ As papas não necessitam de açúcar!

4/6 Meses: Papa

Farinha
Láctea



Água
Fervida

Farinha Não
Láctea



Leite Materno ou
Leite Adaptado

4/6 Meses: Fruta

Deve ser crua, bem lavada e descascada no momento de consumir.

Inicialmente deve ser esmagada em puré e à medida que a criança cresce, a textura do puré da fruta deve tornar-se menos homogénea.

A papa de fruta deve ser preparada apenas com um fruto de cada vez, de forma a permitir o treino do paladar.

4/6 Meses: Fruta

As primeiras frutas são a maçã, pera e banana, reduzidas a papa.

A fruta deve ser oferecida à sobremesa e não em substituição de uma refeição.

Prefira fruta ao natural, preparada em casa. Utilize as papas de fruta comerciais apenas como recurso.

4/6 Meses: Fruta

- ✓ Os frutos ricos em vitamina C, como a laranja, devem ser apenas introduzidos por volta do 6º mês.
- ✓ A partir do 6/7 meses, alguns frutos tropicais podem ser introduzidos (papaia, manga, pera-abacate).
- ✓ Durante o 1º ano devem ser evitados os frutos potencialmente alergénicos (morango, amora, kiwi, maracujá).
- ✓ A melhor fruta é a da época.

6/7 Meses: Glúten

O glúten (proteína presente na cevada, trigo e centeio) pode ser introduzido.

Assim, pode ser oferecido pão, de preferência sem sal e papas com glúten.

6/7 Meses: Carne

Inicialmente, cozer a carne (sem pele ou gordura) na sopa

Retirar carne depois de cozida

Após uns dias, triturar a carne com os legumes, obtendo um puré

6/7 Meses: Carne

- ✓ Começar pela carne de frango ou borrego, seguindo-se peru, coelho, vitela e, por fim, vaca.
- ✓ A carne de porco só deve ser introduzida após os 12 meses de idade.
- ✓ Deve dar 20 a 25 gramas por dia de carne triturada/passada (2 a 2,5 colheres de sopa rasas).

6/7 Meses: Peixe

Inicialmente, cozer o peixe
à parte

Retirar espinhas e pele

Misturar no puré de
legumes

6/7 Meses: Peixe

Pode utilizar peixe fresco ou congelado
(pescada, linguado, cavala, solha ou faneca).

Oferecer peixe três dias da semana e carne nos
restantes quatro dias.

8/9 Meses

Ovo

Começar por $\frac{1}{4}$ de gema cozida na sopa.

Aumentando para $\frac{1}{2}$ na semana seguinte, $\frac{3}{4}$ na outra e finalmente, a gema completa.

Não ultrapassar as $\frac{2}{3}$ gemas por semana.

Quando adicionar gema, não colocar carne/peixe .

8/9 Meses

Iogurte

Utilizar o iogurte sólido natural não açucarado.

Apenas um por dia, não devendo ser oferecido como sobremesa.

9/11 Meses

Leguminosas

Começar com feijão frade, lentilha, grão e ervilhas, em pouca quantidade, sempre bem lavadas e demolhadas.

12 Meses

A partir daqui a criança pode habituar-se ao padrão alimentar da família, com uma alimentação saudável, completa e equilibrada.

Poderão ser introduzidos os peixes gordos, as carnes vermelhas, os frutos silvestres e os restantes legumes.

Água

- Oferecer ao lactente várias vezes por dia em pequenas quantidades
- Estão contraindicados os chás que alteram a função intestinal e a absorção de minerais
- Evitar os sumos de fruta que reduzem o apetite e induzem a procura de sabor doce com rejeição de água e podem causar cáries
- Evitar sumos artificiais para além dos inconvenientes dos sumos de fruta, podem causar diarreia.

ATENÇÃO!

- Introduzir os alimentos de forma gradual, em pequenas porções, respeitando o ritmo de cada um
- Os alimentos sólidos devem ser oferecidos à colher e os líquidos pelo copo
 - A confeção dos alimentos deve ser simples (pouca gordura, sem sal/ açúcar)
 - Os cozidos são sempre a primeira preferência, seguido dos estufados simples e, por fim, os grelhados
 - Não devem ser oferecidos doces, produtos de pastelaria, refrigerantes ou mel

Se surgir alguma reação na pele / diarreia / dificuldade respiratória após a introdução de um alimento, este deve ser suspenso até ter nova consulta com o Enfermeiro ou Médico de família



Referências Bibliográficas

- Canário, Helena (2014). Guia de Alimentação Infantil – Os primeiros 1000 dias do seu bebé. Nestlé Portugal. Mayence Portugal;
- Freitas, P. (2010). *Cuidar Criança*. Obtido em Setembro de 2014, de Alimentação no primeiro ano de vida: http://cuidarcrianca.com/index.php?option=com_content&view=article&id=187:alimentacao&catid=3:biblioteca&Itemid=5
- Johnson & Johnson Lda. (2009). *Johnson's Baby*. Obtido em Setembro de 2014, de O primeiro banho do bebé: <http://www.johnsonsbaby.pt/banhocorpoecabelo/how-to-bath.html?gclid=CNHaiKLo-8MCFUiWtAodDCYAPg>
- Johnson's Baby. (s.d.). *SAPOLIFESTYLE*. Obtido em Setembro de 2014, de Dos 0 aos 6 meses: Como dar banho ao bebé: <http://lifestyle.sapo.pt/familia/bebe/artigos/dos-0-aos-6-meses-como-dar-banho-ao-bebe>

**APÊNDICE III: DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: A COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE
SAÚDE INFANTIL**



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**DIÁRIO DE APRENDIZAGEM
A COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

ALEXANDRA SOUSA

N.º 3903

LISBOA

2014

DESCRIÇÃO

Comunicar é viver e conviver. Contudo, a comunicação, por ser tão omnipresente, é frequentemente dada como adquirida e, por vezes, inconscientemente desvalorizada. Nunes (2010) defende mesmo que o predomínio de ideias reducionistas e mecanicistas, a valorização de aspetos técnicos e desenvolvimento da tecnologia reforçaram a desvalorização da comunicação nos profissionais de saúde, predominando o objetivo e mensurável, o que levou ao desprezo da vertente comunicacional no processo terapêutico.

De uma forma geral, a comunicação pode ser definida como um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual as pessoas emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos; permite ainda a adaptação ao ambiente, assim como a sua modificação e transformação (Nunes, 2010).

Contudo, comunicar é o ato definidor da própria vida, sendo que os procedimentos de natureza comunicacional são essenciais na atividade preventiva primária, secundária, terciária ou quaternária, quando comparados com as atividades terapêuticas. Desta forma, a comunicação surge como vital nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nos quais se encontram inseridas Centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiar (USF), entre outros. Estas instituições deverão possuir preocupações prioritárias a nível preventivo, assim como a formação dos seus profissionais deve contemplar habilidades comunicacionais (Nunes, 2010).

Acerca da importância da comunicação nas atividades preventivas refere o 7º Relatório do Joint National Committee que a motivação aumenta quando os utentes têm experiências positivas com o profissional de saúde e confiam nele, sendo que empatia constrói confiança e esta é um potente motivador dos cuidados. Assim, as atitudes do utente são grandemente influenciadas pelas diferenças culturais, crenças e experiências nos contactos prévios com o serviço de saúde, aspetos que o profissional deve ter em conta nas suas abordagens (Nunes, 2010).

Sendo as USF um modelo recente dos CSP foi realizada uma pesquisa acerca da sua organização e principais características, obtendo ainda o apoio da Enfermeira orientadora, assim como da restante equipa multiprofissional.

A presente USF foi criada em 2009, contudo a sua inauguração teve lugar apenas em 2013, pelo que diversas valências ainda se encontram em fase de estruturação e melhoria, nomeadamente a área da Saúde Infantil. Apesar da consulta de Saúde Infantil ser prática diária, só em 2014, foi admitida uma Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Jovem neste USF. Esta foi considerada pela equipa como uma aquisição essencial, uma vez que veio transmitir qualidade e segurança nos cuidados à criança e família, transmitindo à restante equipa a sua confiança e conhecimentos na área. A consulta de Saúde Infantil é uma prática diária na USF e considerada essencial nos cuidados promotores de saúde. A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, pelo que a promoção e vigilância da sua saúde é vista como fundamental nos cuidados de saúde primários.

A vigilância da Saúde Infantil e Juvenil em CSP tem como principal objetivo a deteção precoce de perturbações e implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança (Direcção Geral de Saúde, 2013).

Apesar de existir um dia específico para a consulta de Saúde Infantil, estas podem surgir como prática diária na presente USF dado que o Enfermeiro agiliza a marcação das consultas, procurando adequar a prestação de cuidados com o mínimo de deslocações aos serviços de saúde, adaptando-as à disponibilidade dos familiares para que sejam exequíveis, evitando o absentismo e alargando o número de crianças cuja saúde é avaliada com regularidade. O Programa Nacional de Saúde Infantil contempla esse exato ponto ao propor determinada cronologia de consultas, mas não impondo as idades propostas como rígidas, podendo ser articuladas com a disponibilidade da família ou aproveitando a deslocação ao serviço de saúde por qualquer outro motivo. Esta é uma atuação denominada de 'oportunistas', uma vez que aproveita a oportunidade da deslocação da criança ao serviço de saúde para a realização do exame indicação para essa idade (Direcção Geral de Saúde, 2013).

A consulta de Saúde Infantil na presente USF é encarada pelos seus profissionais como um momento especial, uma vez que requer uma maior disponibilidade, assim como contempla uma série de abordagens e aspetos que devem ser observados e avaliados na criança. Além do mais, nela participam não só a criança mas também os seus pais ou outros familiares que poderão vir à consulta, como os avós, elementos que devem também ser tidos em conta nesta observação e avaliação. Estes aspetos poderão deixar, muitas vezes, os profissionais apreensivos e pouco confiantes neste tipo de consulta.

Contudo, o facto de existir uma Enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria na USF transmite confiança e tranquilidade a todos os elementos da equipa que, sempre que necessário, apelam o seu auxílio para esclarecimento de qualquer dúvida.

A consulta de Saúde Infantil que irei descrever teve início com um cumprimento de 'Bom Dia', seguida da minha apresentação como aluna estagiária, tendo em conta que a Enfermeira já conhecia os pais, assim como a criança de 6 meses, foram dispensadas mais apresentações. Nesta consulta podem estar presentes os dois pais ou qualquer familiar que se desloque à USF com a criança, contudo, nesta consulta em específico estiveram presentes apenas os pais da criança.

A Enfermeira procurou criar um ambiente de segurança e confiança, através de uma linguagem cuidada mas acessível, e uma postura amigável, criando a ocasião suficientemente relaxada para que se sentissem confortáveis e confiantes para dialogar acerca dos seus receios, preocupações e curiosidades. É através das palavras que se constrói uma relação humana que fomenta a mudança e o crescimento. A indução da mudança de comportamentos ou os estilos de vida só é possível através da palavra, sendo através dele que se motiva a pessoa (Nunes, 2010), neste caso os pais da criança.

A Enfermeira começou por abordar os pais nesse mesmo sentido, questionando acerca das conquistas alcançadas, das novas atividades da criança, da sua organização do dia-a-dia, assim como das dúvidas existentes, principais preocupações e receios. É essencial valorizar as suspeitas e preocupações veiculadas pelos pais, uma vez que são eles que acompanham a criança durante mais tempo. Para tal, o ambiente da consulta e a atitude dos profissionais devem proporcionar aos pais momentos em que se expressem sem receio, podendo colocar as suas dúvidas e receios (Direcção Geral de Saúde, 2013).

Nesta ocasião é essencial ter em conta não só diversos aspetos inerentes à criança e seu desenvolvimento, mas também todo o contexto familiar, as suas condições, as suas perspectivas futuras e principais preocupações que contribui para a gestão emocional dos utentes e da interação ao longo da consulta. Na consulta de Saúde Infantil, uma comunicação adequada e adaptada é essencial para promover a saúde da criança através do diálogo com os pais /cuidadores.

De seguida, foi realizada a avaliação de desenvolvimento através do teste de Mary Sheridan, procurando o padrão de referência da normalidade, motivando e encorajando os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos, tendo sempre em conta que o cumprimento das diferentes etapas do

desenvolvimento dependem de cada criança, assim como da sua hereditariedade, da experiência adquirida, da transmissão social e da dinâmica entre estes fatores (Direcção Geral de Saúde, 2013). A Enfermeira efetua este teste enquanto dialoga com os pais, tornando este momento muito natural e nada abusivo ou constrangedor para a criança, o que facilitou muito a sua avaliação. Neste momento, a Enfermeira reforçou a importância deste tipo de testes, salvaguardando que o desenvolvimento psicomotor da criança é um processo dinâmico e contínuo, com aparecimento de diferentes funções ao longo do tempo, sendo que a passagem de um estágio de desenvolvimento para outro varia de uma criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere. Assim, o diagnóstico das perturbações de desenvolvimento psicomotor são habitualmente realizados através de pesquisa desencadeada em virtude da existência de fatores de risco, suspeita de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores, observação clínica em exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde (Direcção Geral de Saúde, 2013), pelo que os pais devem continuar atentos ao seu filho, sem se focarem demasiado em idades estanques para passar determinado estágio.

Na consulta, a Enfermeira aproveitou também a oportunidade para cumprir o Plano Nacional de Vacinação. Assim, começou por explicar qual a vacina a administrar, assim como os seus principais benefícios e as diferentes reações que a criança pode ter durante o procedimento e qual a melhor forma de minimizar a dor e o desconforto da criança. No final, procurou esclarecer os pais acerca de possíveis efeitos secundários que poderão surgir nos dias seguintes.

SENTIMENTOS

Ao trabalhar num serviço hospitalar, todo o mundo dos CSP era desconhecido para mim, pelo que foi encarado com uma imensa curiosidade e motivação. A abordagem ao utente e sua família, assim como a organização característica dos cuidados de saúde primários foram características interessantes de serem exploradas aquando a realização do presente ensino clínico.

Como já foi referido, a área de Saúde Infantil encontra-se ainda em fase de melhoria, pelo que a Enfermeira Especialista na área surge como um pilar para a restante equipa. Foi interessante verificar a entajuda existente e espírito de equipa entre os vários

elementos no que se refere à área pediátrica; questionando qualquer dúvida e prestando auxílio sempre que necessário. Na USF, a saúde infantil e juvenil é ainda um “mundo a nascer” para alguns dos elementos da equipa multidisciplinar, contudo é notável o seu interesse, curiosidade e vontade de aprender.

Existe uma preocupação constante em prestar os melhores cuidados aos utentes da USF; para tal existem também reuniões semanais, nas quais se discute qualquer assunto pertinente, que poderá trazer benefícios para a unidade ou que tem de ser corrigido. Desta forma, todos lutam pelos mesmos objetivos, discutindo em equipa qual a melhor solução para os problemas e como poderão trabalhar rumo a uma qualidade constante. De salientar, este trabalho em equipa para um tão esperado resultado.

De realçar também o plano de formação da presente USF, com momentos de formação semanais, que abordam as diferentes áreas existentes na unidade, nomeadamente a área da Pediatria. O plano de formação é discutido no início do ano, procurando colmatar falhas ou fragilidades, contudo, poderão ser acrescentadas outras sessões que surgirem como pertinentes ao longo do ano. Desta forma, a equipa demonstra o seu interesse constante em cuidar melhor.

Relativamente à consulta de Saúde Infantil, encontra-se ainda em fase de crescimento e melhoria, para a qual todos os elementos investem ativamente, quer através de formações nas quais participam, quer através de investigação e pesquisa feita pelos próprios. No entanto devo salientar a estruturação da consulta, procurando abordar todas as dimensões da criança, num ambiente adequado, envolvendo a família e procurando adequar as necessidades da família aos padrões de desenvolvimento da criança.

Concordando com os profissionais desta USF que consideram a consulta de Saúde Infantil como uma ocasião única, este momento foi, também para mim, especial e enriquecedor para o presente estágio, uma vez que permitiu colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do ano anterior nas aulas teóricas, assim como reforçou o meu conceito de comunicação e sua importância na promoção de saúde e na abordagem com a criança e pais.

Posso nomear como um aspeto negativo da experiência, o número reduzido de consultas de saúde infantil. Apesar de existir um dia específico para a realização de consultas de Saúde Infantil, o facto de poderem ser marcadas noutros dias, acaba por diluir a sua afluência.

AVALIAÇÃO E ANÁLISE

A consulta de Saúde Infantil foi um momento muito enriquecedor na minha experiência na USF, uma vez que permitiu conhecer uma abordagem diferente à criança e sua família, num ambiente promotor de saúde onde a comunicação é um pilar da intervenção de Enfermagem. Foi interessante verificar as diferentes técnicas usadas para que apenas num momento de consulta fossem realizadas diversas abordagens à criança e família, com a preocupação de manter a criança/família motivada e interessada na consulta.

Em CSP podem realizar-se com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil sem perder a simplicidade nos procedimentos. Assim, os profissionais de saúde motivados e com experiência podem avaliar o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica, desde que esta entra na sala de consulta até que sai, e mesmo durante a interação com os pais/cuidadores. A observação da criança ao colo dos pais, a brincar, quando não é o alvo das atenções e se sente mais à vontade permite ao profissional observar e avaliar, tirando conclusões fiáveis relativamente ao desenvolvimento da criança. É importante observar a criança no seu ambiente mais familiar, estando atento à sua atenção, ao tipo de manipulação que utiliza, à sua mimica, entre outros, tendo o auxílio de um ou mais brinquedos aos quais a criança possa ter acesso imediato (Direcção Geral de Saúde, 2013).

O facto de ser o mesmo Enfermeiro, que intervém junto da unidade familiar, considerado o Enfermeiro de família, resulta num aumento de confiança entre o profissional e os elementos da família, o que considero ser bastante positivo na comunicação terapêutica. Assim, o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento torna-se um processo flexível, dinâmico e contínuo, tendo lugar em todos os encontros que o profissional tem com a criança e família e não apenas nas idades-chave (Direcção Geral de Saúde, 2013), realizando as consultas ‘oportunistas’, já abordadas anteriormente, sempre que possível. Assim, no momento de consulta o Enfermeiro promove a saúde de toda a unidade familiar, possuindo conhecimento acerca da funcionalidade e necessidades da mesma.

Para tal, é importante que o Enfermeiro mantenha uma relação de ajuda com a família, procurando sempre uma comunicação adequada para que a família mantenha a

satisfação desejada. Existem um conjunto de características que o profissional deve preocupar-se em desenvolver e que constituem as propriedades básicas que facilitam o estabelecimento de uma relação com o utente, podendo-se considerar a empatia, a cordialidade, a concreção, a assertividade, a modulação de reatividade e a convicção. De uma forma mais pragmática, a comunicação efetiva resume-se a quatro componentes, sendo: identificar problemas e preocupações, dar informação, discutir opções de tratamento e dar suporte. A evidência científica revela que a aplicação de habilidades comunicacionais tem impacto na satisfação do utente, assim como tem influência nos seus sintomas e parâmetros biológicos. Os utentes que mantêm uma boa comunicação com o seu profissional de saúde apresentam melhores resultados em saúde, assim como na adesão ao tratamento e satisfação. Contudo, nem sempre presentes de forma inerente, as habilidades comunicacionais podem ser aprendidas e melhoradas (Nunes, 2010). Existem certos aspetos que o profissional de cuidados de saúde primários (em saúde infantil) deve ter em conta de forma a evoluir nos seus cuidados, sendo:

- Adquirir conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal;
- Ter presentes as situações etiopatogénicas mais comuns;
- Identificar, para cada criança, os seus fatores de risco.
- Saber se a criança já está a ser seguida em alguma consulta de especialidade, procurando saber o que se passou nessa consulta em termos de diagnóstico e de terapêutica e incentivar o registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
- Proporcionar aos pais/cuidadores a oportunidade de expressar as suas suspeitas;
- Durante a anamnese fazer um interrogatório dirigido, procurando investigar se existem perturbações relativamente a algum dos parâmetros de desenvolvimento.
- Observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta, incluindo a fase do exame físico. Dar-lhe a oportunidade para revelar as suas capacidades e habilidades, o que deverá ser observado de um modo discreto. Nos dois primeiros anos de vida, há que atender à idade gestacional da criança.
- Valorizar eventuais fatores circunstanciais, familiares, do treino anterior da criança, do maior ou menor à-vontade da mesma durante a avaliação, os quais podem levar a que o exame de uma criança perfeitamente normal suscite dúvidas, se estes aspetos não forem devidamente equacionados.

- Se subsistirem dúvidas acerca de algum parâmetro, utilizar meios mais sofisticados, como outros testes de desenvolvimento, se estiver familiarizado com eles e se se dispuser de condições e de tempo adequado para o fazer.

PLANEAR A AÇÃO e CONCLUSÃO

Como refere Nunes (2010), é impossível não comunicar, sendo que toda a comunicação possui consequências. Neste sentido, é importante que o profissional de saúde tenha consciência que todos os seus comportamentos irão ter impacto nos seus utentes e restante equipa de saúde.

O profissional de saúde, assim como os gestores de topo deve ter consciência que as habilidades comunicacionais podem ser aprendidas e treinadas. Com o treino da comunicação pretende-se consciencializar as respostas reflexas e substituí-las ou aperfeiçoá-las de modo a aumentar o rendimento global do desempenho comunicacional. Esta é uma aprendizagem que é levada ao longo de toda a vida através de discussões interpares, reuniões com relatos de caso, autocritica e autoanálise de todas as interações, análise crítica pelo próprio ou pelos seus pares, entre outros (Nunes, 2010).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2013), a técnica mais usada em cuidados de saúde primários para avaliação do desenvolvimento da criança é a avaliação clínica informal, contudo os instrumentos de rastreio *standardizados* possuem maior sensibilidade e especificidade. No entanto, os parâmetros de desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os de crescimento físico pelo que existe alguma dificuldade em considerar os testes de desenvolvimento como suficientemente bons para serem utilizados como método exclusivo de deteção de perturbações de desenvolvimento.

O conhecimento e a aplicação de testes mais simples, como a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, permite um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites. Também o profissional deve ter em mente este aspeto, possuindo uma capacidade oportunista de aproveitar as idades chave definidas no Programa Nacional, complementadas por informação pertinente obtida na observação da criança; assim como deve ter noção que a simples aplicação de testes ou valorização de dados isolados não permite a avaliação válida de desenvolvimento nem um prognóstico rigoroso quanto ao futuro da criança. O

desenvolvimento de capacidades, faculdades e talentos de uma criança depende de inúmeros fatores tais como a qualidade da sua habitação, o ambiente familiar, os amigos, a escola, a sua personalidade, assim como o seu grau de saúde e nutrição, não esquecendo as oportunidades que lhe foram dadas e as que deve procurar. A avaliação do desenvolvimento psicomotor deve ser encarada no contexto da promoção da saúde da criança, devendo-se incluir também ações para estimular e promover o desenvolvimento, assim como ações de informação e ensino aos pais (Direcção Geral de Saúde, 2013).

Daí a importância de existir um Enfermeiro de família que conhece a criança ao longo do tempo, reconhecendo as suas características e o seu desenvolvimento, tendo em conta o conhecimento que possui da família em que se encontra inserida e das suas necessidades.

O profissional de saúde deve ter um papel relevante na promoção de saúde da criança, com o objetivo de melhor integração social e qualidade de vida, sendo possível intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento, assim como o acompanhamento da sua família (Direcção Geral de Saúde, 2013).

O profissional de saúde dos CSP deve trabalhar constantemente para a valorização dos cuidados antecipatórios como fator promocional de saúde e prevenção de doença, facultado aos pais/cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho relativamente à promoção e proteção dos direitos da criança e exercício de parentalidade. O reincentivo ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se como crucial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção Geral de Saúde. (31 de Maio de 2013). Norma da Direcção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* . Direcção Geral de Saúde.

Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DA SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

GESTÃO DE EMOÇÕES

DISCENTE:

ALEXANDRA SOUSA – N.º 3903

SOB ORIENTAÇÃO:

PROF. DOUTORA PAULA DIOGO

LISBOA, NOVEMBRO DE 2014

INTRODUÇÃO

A prática reflexiva constitui um importante meio de capacitação dos profissionais de Enfermagem na aquisição de conhecimento do saber e da prática. A prática reflexiva pode ser definida como a ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão da ação ou ainda as atividades intelectuais e afetivas que os indivíduos empregam para explorar as suas experiências de modo atingir uma nova compreensão (Santos & Fernandes, 2004). A reflexão tem como principal objetivo aumentar a confiança do profissional no seu desempenho, melhorar a sua aptidão, abordar a Enfermagem de uma forma mais crítica, intencional e sistemática, e ainda, obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas.

A reflexão assenta nos pressupostos da aprendizagem experiencial, sendo um processo subjetivo; encerra uma nova dimensão do conhecimento e a constatação de um espaço de ignorância que se traduz no fortalecimento do saber profissional, uma vez que reforça o que já se sabe e leva à transfiguração pela força criativa das dúvidas e efeito multiplicador das diferenças (Santos & Fernandes, 2004). A reflexão envolve a ação voluntária e intencional de quem se propõe a refletir, mantendo aberta a possibilidade de mudar em termos de conhecimento e crenças. Ao refletir, a pessoa procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática. Para tal, é importante que o processo de análise e exploração das diferentes situações presentes na prática clínica gere e clarifique na pessoa uma perspetiva conceptual dos cuidados que pratica. O trabalho de explicitação e formalização da experiência provém do paradigma reflexivo. A reflexão encontra-se no centro de toda a profissão e das práticas, mas a reflexão acerca da ação tem os seus limites tanto da tomada de consciência como das ferramentas teóricas e metodológicas (Santos & Fernandes, 2004).

DESCRIÇÃO

De forma a diversificar os meus campos de estágio e alargar a experiência para outras áreas de menor conforto, visando a aquisição de competências de EESCJ, optei por uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Nos últimos anos, o avanço da tecnologia tem sido marcante nos serviços neonatais, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade em recém-nascidos. A assistência neonatal vem enfatizando os cuidados à saúde de crianças prematuras e de baixo peso, pelo que a sobrevivência destas crianças tem sido, cada vez mais, uma conquista (Scochi, Mello, Melo, & Gaíva, 1999). Este é um ambiente com características muito específicas não só na prestação de cuidados, mas também na questão tecnológica, que muito tem contribuído para o sucesso dos cuidados e, não menos importante, na questão comunicacional e relacional, essencial na UCIN.

A presente UCIN encontra-se inserida em vários projetos, procurando uma qualidade crescente dos seus cuidados. Um dos projetos que se encontra em fase de desenvolvimento é o projeto dos Grupos de Ajuda Mútua (GAM). Este é um projeto muito importante para toda a equipa de profissionais, mas também para todas as famílias e todos os bebés desta Unidade. Assim, tendo em conta a problemática do presente relatório, foi considerado essencial refletir acerca da importância da comunicação e gestão de emoções numa UCIN, e mais especificamente, nos GAM.

A presente UCIN, assente numa filosofia de CCF, considera a família como parte integrante da equipa prestadora de cuidados. A importância dos “cuidados maternos” e da permanência das mães juntos aos filhos durante a hospitalização tem sido alvo de reflexão e consideração. A equipa de profissionais tem em conta a sua opinião nas decisões tomadas, assim como nos cuidados prestados aos bebés e respetivo ensino. Recentes estudos citados por Scochi, Mello, Melo, & Gaíva (1999), destacam a prioridade da participação da família e o apoio aos pais dentro das necessidades de cuidados à saúde de recém-nascidos prematuros e de baixo peso.

Quando um recém-nascido é admitido na UCIN existem aspetos interrelacionados determinantes para a presença de ansiedade e angústia na família, tais como a aparência física do bebé, severidade da doença e seu tratamento ou o seu diagnóstico, uma vez que difere da expectativa que havia sido criada. Esta confrontação com a realidade pode

interferir no desenvolvimento do apego e da interação pais/filhos (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

O longo período de internamento, juntamente com a privação materna e a separação prolongada do ambiente familiar pode aumentar o stress da família e o prejuízo no estabelecimento do vínculo entre a mãe/família e a criança. De forma a minimizar todos os efeitos adversos que poderão comprometer a relação e o vínculo dos pais com o bebé, estes poderão permanecer 24 horas junto do seu filho na presente Unidade. Tendo em conta a fragilidade da situação, os pais deste grupo de crianças também têm sido considerado como uma população em risco, por apresentarem vários sentimentos e dificuldades para cuidar dos filhos, necessitando de apoio durante o internamento e após a alta hospitalar.

Os avanços nos processos de diagnóstico e terapêutica na área da Neonatologia levaram ao desenvolvimento de diversas questões emocionais e comportamentais em diversas áreas como a Enfermagem, a psicologia, a psicossomática e a fisiologia aplicada ao comportamento, de forma a melhor compreender o impacto do nascimento destas crianças em contexto familiar. Apesar de aceitar a necessidade de incorporar os pais nos cuidados ao bebé internado, são poucos os serviços que efetivamente desenvolvem intervenções dirigidas à mãe, pai e família. Contudo, foi com agrado que se verificou que a presente equipa multiprofissional tem a família como principal aliado nos cuidados ao bebé prematuro. É cada vez maior a tendência dos profissionais de saúde em estarem atentos, o mais precocemente possível, nomeadamente no estabelecimento do contacto e interação entre mãe e filho (Scochi, Mello, Melo, & Gaíva, 1999). A equipa procura adequar o horário dos cuidados à disponibilidade da mãe, assim como são discutidos os diferentes ensinamentos realizados, e as dificuldades sentidas.

Os pais com filhos internados na UCIN apontam como uma das principais preocupações, o acesso à informação. Os pais querem um esclarecimento claro e honesto e sentem uma grande falha em obtê-lo de forma coerente e atual. A obtenção de informação é importante porque auxilia os pais a assumir o seu papel parental, assim como lhes dá a sensação de envolvimento e controlo, diminuindo os seus níveis de stress e ajudando-os a lidar com o medo e incertezas perante esta situação, o que contribui para a gestão das emoções vividas. Perante uma comunicação pobre e ensinamentos desadequados, os pais correm o risco de um mau ajuste, colocando os seus filhos em risco (Kowalski, Leef, Mackley, Spear, & Paul, 2006). Uma relação de

satisfação entre a criança/família e a sua equipa prestadora de cuidados pode melhorar a eficácia do tratamento. O primeiro passo para atingir esta satisfação passa pela comunicação, sendo que a família várias vezes lamenta os mal-entendidos existentes. Para tal contribui também a limitação do tempo e a abordagem distante tornam o diálogo difícil.

Considerando a comunicação como uma das principais preocupações na UCIN, esta foi igualmente considerada como uma prioridade nos Princípios dos Cuidados Centrados na Família, publicados em 1993 (Institute for Patient and Family Centered Care). Assim, o primeiro princípio defende que os CCF da criança neonatal devem ser baseados em comunicação aberta e honesta entre pais e profissionais, em assuntos médicos e éticos (Kowalski, Leef, Mackley, Spear, & Paul, 2006). Contudo, estes princípios não definem quem deve ser o interlocutor na transmissão de informação aos pais, apenas descrevendo o interlocutor como ‘o profissional’. Na presente equipa, e tendo em conta a abertura existente entre os diferentes profissionais e pais, a maior parte da informação é transmitida pela equipa de Enfermagem, tal como a condição clínica, os ensinamentos, entre outros. Um estudo realizado por Kowalski, Leef, Mackley, Spear, & Paul (2006) revela que os pais obtêm a maior parte da informação clínica através dos Enfermeiros, sendo também os Enfermeiros que passam mais tempo a explicar a condição do bebé, assim como são a melhor fonte de informação acerca do seu bebé. À equipa médica cabe a comunicação dos resultados dos exames realizados, assim como o planeamento do internamento. Quando existe um assunto mais delicado a ser discutido ou decisão a ser tomada, é convocada uma reunião com os pais e os diferentes grupos profissionais, de forma a obter diferentes perspetivas para o planeamento mais adequado dos cuidados.

A aliança terapêutica com a família é essencial, de forma a evitar mal entendidos e conflitos, principalmente desde que as Unidades trabalham numa filosofia de CCF, em que os pais podem estar sempre presentes. Uma boa relação com a família pode ser obtida se todos os membros da equipa adotarem um esquema de boa comunicação, construindo um processo de recuperação, através de uma confiança recíproca entre a equipa de saúde e o utente. Esta confiança pode estabelecer esperança na recuperação e felicidade mesmo lidando com uma doença aguda (Biasini, Fantini, Neri, Stella, & Arcangeli, 2012).

Na Pediatria, e mais especificamente na UCIN, uma comunicação competente é crucial. Na UCIN, onde os cuidados aos bebés prematuros são prestados com alguma urgência e

num ambiente de alta tecnologia, está também inerente uma enorme pressão emocional, pelo que a ação clínica não pode ser considerada mais importante que a comunicação (Biasini, Fantini, Neri, Stella, & Arcangeli, 2012).

O ambiente numa UCIN lida frequentemente com um enorme *stress*, envolvendo emoções intensas dos sujeitos envolvidos, sendo que a presença de um bebé neste Unidade é sempre considerada um evento crítico, no qual a ajuda psicológica pode ser útil. Nesta situação, os pais não fazem perguntas, respeitam todas as regras e dizem sempre a verdade, não reconhecendo prioridades; contudo, podem também tornar-se agressivos. Desta forma, os prestadores de cuidados interagem de forma empática e encontram formas de lidar com as emoções dos pais, falando positivamente acerca do futuro.

Em Neonatologia, alguns elementos favorecem a comunicação, enquanto outros a desencorajam. Infelizmente, as famílias e os profissionais de saúde têm abordagens muito diferentes, sendo que a família rege-se por crenças, opiniões e planos, enquanto os profissionais seguem o seu conhecimento científico para aconselhamento, o que pode causar alguma discórdia no processo de comunicação. A instabilidade clínica do bebé prematuro e a incerteza do prognóstico pode contribuir para a falha no processo de comunicação. Assim, uma definição precisa das tarefas e responsabilidades, a colaboração num episódio de emergência, assim como o tempo passado junto ao utente na Unidade, melhora a relação com a família.

A relação entre todos os membros da equipa também é importante para a coerência dos cuidados prestados. Segundo Biasini, Fantini, Neri, Stella, & Arcangeli (2012), o processo contínuo e vigoroso de prestar atenção a todos os elementos da relação alterou a atitude na prestação de cuidados, tornando mais comum a promoção da empatia, o que permite o desenvolvimento de carinho entre utentes e prestadores de cuidados. Questões especiais como assuntos éticos ou religiosos, são encaradas em conjunto e comunicadas à família, de forma adequada. Esta aproximação na Neonatologia leva a uma melhor relação entre aspetos clínicos e relacionais, com uma visão holística do cuidar tanto para o bebé como para a sua família (Biasini, Fantini, Neri, Stella, & Arcangeli, 2012).

A qualidade do ambiente familiar tem um grande poder sobre o desenvolvimento psicomotor; fatores como o nível de *stress* familiar e a alteração da competência parental atuam diretamente no desenvolvimento infantil (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006). Existem duas fontes de suporte para pais de recém-nascidos na

UCIN, sendo o apoio formal, por parte da equipa de profissionais, e o apoio informal, provido pela família e amigos. Ferraz e Chaves (1996) citado por Scochi, Mello, Melo, & Gaíva (1999) recomenda que os pais tenham acesso a **grupos de apoio e discussão** ou palestras proferidas por pessoas que já passaram por experiências semelhantes, sendo que estes encontros devem ser intermediados por profissionais. A equipa de profissionais deve mobilizar e fortalecer os recursos das famílias, implementando os grupos de apoio, que são usados como meio de estruturar o trabalho na Unidade, de forma mais responsiva às necessidades do neonato, oferecendo aos pais a oportunidade para lidar com o nascimento e a hospitalização do seu filho. Idealmente, o grupo deve ter uma composição interdisciplinar, sendo formado por neonatologista, Enfermeiro, psicólogo e outros profissionais. Os familiares participantes interagem mais com os seus filhos durante a hospitalização e têm maior interesse no seu desenvolvimento, mesmo após a alta hospitalar (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

Assim, a equipa da Unidade de Neonatologia deve desenvolver uma relação de ajuda e apoio com os pais durante a hospitalização, de forma a facilitar o vínculo entre eles e a criança e a gestão da emocionalidade vivida. Assente nestes princípios surgiu o GAM do presente serviço, tendo em conta diversos objetivos:

- Partilhar experiências e vivências, trabalhando assim os medos e as angústias dos pais face à hospitalização dos filhos;
- Promover um meio efetivo de suporte para os pais que enfrentam a problemática de um filho prematuro na UCIN;
- Ajudar a família a desenvolver as suas potencialidades por forma a aumentar as suas capacidades, na satisfação das suas necessidades e na promoção de mecanismos de adaptação às mudanças de vida;
- Promover o bem-estar, a saúde e os direitos sociais dos pais / famílias a partir de uma perspetiva de empoderamento.

Ao longo dos anos, tem-se verificado a reunião de grupos de pais prematuros em várias Unidades Neonatais para discussões de uma ou duas horas, realizadas semanalmente ou com maior frequência. Nestas experiências os pais encontram apoio e um considerável alívio por terem oportunidade de conversar, expressar e comparar os seus sentimentos íntimos. Nestes grupos de apoio, os pais participam, juntamente com outros pais que já passaram pela experiência; são geralmente coordenadas pela Enfermeira e pediatria,

tendo acesso a informações acerca da condição clínica e terapêutica do filho, esclarecerem dúvidas e trocar experiências.

Outro factor positivo destes grupos de apoio, é a grande participação e frequências das mães/pais nas reuniões, e conseqüente melhoria da interação com o bebé e do relacionamento com a equipa de Enfermagem.

A partir do nascimento e durante a fase aguda da hospitalização do filho, os pais e familiares continuam a pesquisar a situação de doença, reunindo toda a informação obtida. São abordados diversos temas nas reuniões dos GAM, pelo que as percepções dos pais sobre os filhos se encontram assentes na realidade, mostrando-se minimamente distorcidas por fantasias, quando recebem informações frequentes, repetidas, sem pressa e adequadas ao seu grau de preocupação e compreensão da situação. É importante incluir os problemas que o recém-nascido está a enfrentar mas também os aspetos positivos. A necessidade de informação precisa e atualizada é essencial para a adaptação da família com sucesso ao nascimento e hospitalização do seu filho na Unidade e, paralelamente, tenham a segurança de que a UCIN dispõe de todos os recursos técnicos e profissionais especializados para uma assistência adequada (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

Por outro lado, o valor emocional do GAM está relacionado com o cuidado neonatal que promove habilidades de empowerment e adaptação dos familiares, após o nascimento e hospitalização do seu filho. Desta forma, os pais continuam atentos aos sentimentos negativos ao longo da crise, mas são capazes de expressá-los através da verbalização ou outras formas de expressão nas suas interações com outros familiares e com a equipa de profissionais (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

A vivência de uma situação stressante é partilhada por todos os pais que têm filhos internados na UCIN. Baldini (2001), Nottage (2005) e Williams (2007) descreveram os GAM como um meio efetivo de suporte, para os pais que enfrentam a problemática de um filho prematuro ou com patologia aguda/crónica, sendo um caminho possível para um trabalho de intervenção com os pais, favorecendo assim, o exercício proativo da parentalidade e o crescimento harmonioso da criança/família.

A reunião dos GAM requeria uma preparação prévia, sendo que os Enfermeiros responsáveis por este projeto averiguavam as principais necessidades dos pais com filhos internados na UCIN, assim como os diferentes diagnósticos existentes. De seguida, convidavam diversos pais de crianças anteriormente internadas na UCIN para

estarem presentes nas reuniões, para darem o seu exemplo de vida e a sua experiência na Unidade e após a alta hospitalar. Estas reuniões aconteciam de uma forma regular, uma a duas sessões por mês, sendo convidados a assistir todos os pais que se encontravam presentes na Unidade.

Nas reuniões eram discutidas as experiências dos pais, explorando os seus medos, conflitos e esperanças. O grupo responsável pela organização destas reuniões considerou importante a existência de um profissional, geralmente Enfermeiro, nas mesmas, de forma a esclarecer qualquer dúvida clínica ou técnica que pudesse surgir durante as sessões. Contudo, o profissional funcionava apenas como moderador, intervindo o menos possível.

De forma a incrementar os meus conhecimentos sobre os GAM realizei uma entrevista a uma Enfermeira perita na área (Apêndice I). Esta entrevista foi essencial nesta fase do percurso, uma vez que contribuiu para aquisição de competências e funcionou como elemento motivador para o restante estágio, clarificando conceitos e objetivos do mesmo.

SENTIMENTOS

A experiência vivida na UCIN foi muito enriquecedora não só em termos profissionais e de aquisição de competências mas também em termos pessoais e de projetos para o futuro. A área da Neonatologia tornou-se um mundo apaixonante, no qual a relação de ajuda e a comunicação é o alicerce dos cuidados prestados ao bebé.

A relação de ajuda criada entre a equipa de profissionais e os pais neste Serviço são o exemplo dos verdadeiros cuidados centrados na família, nos quais todos lutam pelo mesmo objetivo, formando uma forte equipa na luta pelos melhores cuidados e pela recuperação do bebé na UCIN. Através de uma comunicação adequada e cuidada, os Enfermeiros conseguem transmitir a tranquilidade necessária para que os pais lidem com a situação de *stress* que se encontram a viver, e que consigam gerir emocionalmente a experiência.

Tendo em conta a importância dada à relação de ajuda e à comunicação nesta equipa, a criação do GAM foi o passo óbvio a dar. Assim, conhecer e investigar acerca dos GAM, seus objetivos e funcionamento foi também muito interessante e essencial para complementar o trabalho e pesquisa realizada na área da comunicação, do ponto de vista

do EESCJ. Foi curioso verificar todo o trabalho desenvolvido em torno desta temática, considerada essencial para toda a equipa.

Contudo, existem alguns pontos negativos que se vão verificando e que não contribuem para a evolução do trabalho já desenvolvido. Assim, pela escassez de recursos humanos de Enfermagem, estas reuniões encontram-se suspensas temporariamente; mas existe um desejo mútuo de recomeçar assim que seja possível. Falando com o grupo responsável e atentando à avaliação realizada pelo mesmo, esta foi uma experiência muito positiva para toda a Unidade, uma vez que se verificava uma maior articulação das ações de Enfermagem, criando uma maior satisfação dos pais pela assistência recebida, assim como possibilitando a troca de experiência entre pais que vivenciaram situações semelhantes, a auto-ajuda, o esclarecimento de dúvidas acerca do processo terapêutico do filho e do autocuidado. Os próprios pais que frequentaram estas reuniões mantêm-se em contacto com o GAM, oferecendo a sua disponibilidade para participar nas reuniões, partilhando a sua experiência, exemplo e auxílio aos outros pais presentes na UCIN. Pretende-se assim que o apoio dos profissionais ajude os pais a encarar a crise vivenciada desde o nascimento do filho prematuro e do alto risco a que este se encontra submetido (Scochi, Mello, Melo, & Gaíva, 1999). É também com alguma tristeza que o mesmo grupo de profissionais vê em suspenso todo o esforço realizado para a criação deste GAM, contudo, a perspetiva é sempre de retomar assim que possível.

AVALIAÇÃO E ANÁLISE

Atualmente os GAM são considerados por alguns autores como um suplemento nos cuidados de saúde. Este tipo de grupos constitui um poderoso instrumento de intervenção psicossocial e de mudança, e um desafio para todos aqueles que se interessam pela promoção do bem-estar, da saúde e dos direitos sociais a partir de uma perspetiva de empoderamento da população visada. Os GAM constroem-se sobre as potencialidades de cada indivíduo e convertem os problemas e necessidades em oportunidades (Charepe, 2015¹). Distinguem-se de outros grupos, pelo facto de serem liderados pelos próprios membros e terem como pressuposto básico a autonomia face a

¹ Entrevista a Enfermeira Zaida Charepe (2015) – Apêndice I

qualquer sistema interventor exterior e, como estratégia comum, a ajuda mútua que é considerada como o principal recurso.

Este tipo de grupos possibilita a valorização das capacidades, o desenvolvimento da autoestima, a confiança e autonomia individual assim como o conhecimento da dinâmica familiar e do impacto que a doença e a hospitalização causam na família. Permitem ainda, avaliar estratégias que possam ser utilizadas durante as diferentes fases da hospitalização, facilitando o restabelecimento e equilíbrio do indivíduo/família, tendo como objetivo principal trabalhar a ansiedade, os medos e as angústias dos pais face à hospitalização dos seus filhos (Baldini, 2001).

Para a construção deste GAM foi realizado um esforço em conjunto, assim como uma pesquisa intensiva entre os diferentes elementos, de forma a que fosse realizada uma implementação adequada das reuniões na Unidade. Contudo, a simples implementação destas reuniões não basta para assegurar o alcance dos objetivos, é importante que os profissionais tenham sensibilidade e conhecimento suficientes para lidar com as emoções e sentimentos expressos, assim como possuir uma retaguarda com outros serviços de apoio, quando necessários. Para tal, foi necessário um esforço adicional por parte de cada profissional, que agora sentem que não está a ser devidamente reconhecido. Segundo Scochi, Mello, Melo, & Gaíva (1999), uma das principais dificuldades sentidas de uma forma geral é a adequação da realidade específica de cada serviço a estas reuniões, o que se pode também verificar no presente caso, que se encontra a lutar contra uma realidade nacional de desmotivação perante uma escassez de recursos humanos existentes.

Estudos referem que os pais que participam em GAM experimentam uma diminuição significativa do stress, assim como se verifica uma redução de sentimentos de isolamento social, maior interação com o filho, melhorando a habilidade de serem pais, com resultados positivos no desenvolvimento infantil (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006). A participação dos pais nos cuidados ao filho conferem competência e confiança parental, ficando mais atentos e com um aumento da interação com o filho, bem como a perceção de controlo da situação durante a hospitalização do recém-nascido.

Tendo em conta a fragilidade do recém-nascido, os pais vivem na incerteza não sabendo ao certo o futuro do filho. Assim, o apoio deve abranger os aspetos informativos, emocionais, de fortalecimento e de capacitação, que concorrem para o empowerment.

Nas atividades do GAM para familiares de neonatos cronicamente doentes deve dar-se especial destaque ao apoio de pais para pais, através de depoimentos de casais ex-participantes do grupo que conseguem prestar ajuda, de maneira efetiva, consistente e de forma que evidencia o valor da abordagem com a família. Os pais reconhecem o valor informativo, emocional e de fortalecimento do GAM. As informações honestas, repetidas e atualizadas da evolução desfavorável do RN, a certeza que o filho recebeu a assistência adequada e a preocupação com o bem-estar emocional dos pais deve ser uma constante durante as reuniões (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

PLANEAR A AÇÃO E CONCLUSÃO

Atualmente os GAM são considerados como um suplemento nos cuidados de saúde, constituindo um poderoso instrumento de intervenção psicossocial e de mudança e um desafio para todos aqueles que se interessam pela promoção do bem-estar, da saúde e dos direitos sociais a partir de uma perspetiva de empoderamento da população visada, como concorda Charepe (2015²). Os GAM constroem-se sobre as potencialidades de cada indivíduo e convertem os problemas e necessidades em oportunidades (Apêndice II). Distinguem-se de outros grupos, pelo facto de serem liderados pelos próprios membros e terem como pressuposto básico a autonomia face a qualquer sistema interventor exterior e como estratégia comum a ajuda mútua que é considerada como o principal recurso. Possibilitam a valorização das capacidades, o desenvolvimento da autoestima, a confiança e autonomia individual assim como o conhecimento da dinâmica familiar e do impacto que a doença e a hospitalização causam na família. Permitem ainda, avaliar estratégias que possam ser utilizadas durante as diferentes fases da hospitalização, facilitando o restabelecimento e equilíbrio do indivíduo / família.

O grupo de apoio para a família de neonatos de risco numa UCIN representa uma abordagem fundamentada nos princípios do cuidado centrado na família. A partir de tais princípios, pode-se restabelecer a competência parental, ajudar a equipe de profissionais a respeitar valores e sentimentos dos familiares, bem como contribuir para que pais e profissionais trabalhem em parceria na unidade neonatal (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

² Entrevista a Zaida Charepe (2015) – Apêndice I

A vivência de uma situação stressante é partilhada por todos os pais que têm filhos internados UCIN. (Baldini, 2001; Nottage, 2005; Williams, 2007) descreveram os GAM como um meio efectivo de suporte, para os pais que enfrentam a problemática de um filho prematuro ou com patologia aguda/crónica, sendo um caminho possível para um trabalho de intervenção com os pais, favorecendo assim, o exercício proactivo da parentalidade e o crescimento harmonioso da criança/família.

A investigação para novos métodos e melhores instrumentos para promover as habilidades comunicacionais representam um objetivo para o aumento da qualidade nas Unidades. Ainda existe um longo caminho a ser percorrido na área da comunicação, nomeadamente, no tempo despendido com a mesma. Uma comunicação adequada requer uma linguagem comum, partilhada por todos os profissionais. O método de negociação com o utente e suas famílias pode aumentar a confiança da família nos prestadores de cuidados, o que lhes permite tomar decisões conscientes (Biasini, Fantini, Neri, Stella, & Arcangeli, 2012).

A conceção dos GAM para familiares de neonatos de risco encontra-se fundamentada nos princípios dos cuidados centrados na família, através dos quais se pretende restabelecer a competência parental, ajudar a equipa de profissionais a respeitar valores e sentimentos dos familiares e contribuir para que os pais e profissionais trabalhem em parceria na unidade neonatal (Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biasini, A., Fantini, F., Neri, E., Stella, M., & Arcangeli, T. (2012). Communication in the neonatal intensive care unit: a continuous challenge. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(10), pp. 2126-2129.
- Buarque, V., Lima, M. d., Scott, R. P., & Vasconcelos, M. G. (2006). The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. *Jornal de Pediatria*, 82(4).
- Institute for Patient and Family Centered Care. (s.d.). *Patient and Family Resource Centers*. Obtido em Março de 2015, de Institute for Patient and Family Centered Care: <http://www.ipfcc.org/advance/topics/pafam-resource.html>
- Kowalski, W., Leef, K., Mackley, A., Spear, M., & Paul, D. (2006). Communicating with parents of premature infants: who is the informant? *Journal of Perinatology*, pp. 44-48.
- Santos, E., & Fernandes, A. (Março de 2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, pp. 59-62.
- Scochi, C. G., Mello, D. F., Melo, L. d., & Gaíva, M. A. (1999). Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termos em Unidades Neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(4), pp. 495-503.

GUIÃO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIRA ZAIDA CHAREPE

APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

Boa tarde,

O meu nome é Alexandra Sousa, sou Enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria e encontro-me atualmente a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

AGRADECIMENTO

Gostaria de agradecer a disponibilidade concedida para este momento de entrevista; momento este muito importante, não só para o enriquecimento do meu projeto de estágio, mas também para a minha vida profissional, como exemplo de investigação e sabedoria.

Com esta entrevista pretendo conhecer a postura, atitude e conhecimentos perante a realidade da comunicação em saúde em Portugal, dentro desta a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem, e mais especificamente nos Grupos de Ajuda Mútua; assim como aprofundar o meu conhecimento nesta área.

AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO

Gostaria de obter autorização para gravar esta nossa conversa.

(Acena afirmativamente com a cabeça).

APRESENTAÇÃO DO PROJETO DO ENTREVISTADOR

Neste momento, estou em fase de estágio, sob orientação da Professora Doutora Paula Diogo, com o projeto intitulado:

Cuidar da criança/família em processo de doença aguda: a comunicação como intervenção terapêutica de Enfermagem.

Cuidar em Enfermagem e comunicação são indissociáveis. O cuidar é encarado como o ideal moral da Enfermagem através de tentativas transpessoais de humano para humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, auxiliando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência (Watson, 2002).

A admissão de uma criança no Hospital é uma situação de crise familiar, causando desequilíbrio físico e psicológico que diminui as capacidades habituais de enfrentar os problemas, temporariamente. O sofrimento da família na hospitalização da criança pode ser causado pela doença e pela ansiedade no envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções (Jorge, 2004). A informação e suporte adequados deveriam ser providenciados à criança/família em todas as intervenções, sendo a comunicação considerada uma pedra angular nos cuidados centrados na família (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

A comunicação em saúde é essencial para a segurança e eficácia dos cuidados prestados, influenciando o percurso do paciente, a adesão e resultados do seu tratamento, a adaptação à doença ou à recuperação. Uma comunicação eficaz é a resposta às necessidades da dinâmica familiar e essencial para os cuidados centrados na família.

Aquando da realização do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Francisco Xavier, tive a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido na área dos Grupos de Ajuda Mútua da mesma Unidade.

Desde logo esta foi uma área que me interessou bastante, sendo este um tema que se insere no meu projeto, enquanto espaço de gestão da ansiedade, medos e angústias dos pais face à hospitalização dos seus filhos. Este tipo de grupo é

descrito como um meio efetivo de suporte para os pais que enfrentam a problemática de um filho prematuro ou com patologia aguda/crónica, sendo um caminho possível para um trabalho de intervenção com os pais, favorecendo o exercício proativo da parentalidade e o crescimento harmonioso da criança/família. Exige, por isso, o domínio e mobilização de um vasto conjunto de estratégias de comunicação.

ENTREVISTA

Tem um longo percurso na área da Comunicação em Saúde, quer através do Mestrado como várias formações realizadas (Mestre em Comunicação em Saúde; Formação em Comunicação Assertiva; Técnicas de Apoio a Grupos de Ajuda).

Como caracteriza a evolução da Comunicação em Saúde em Portugal?

A comunicação em saúde é muito ampla. Existem algumas correntes que são claramente multidisciplinares. A comunicação em saúde preocupa-se com os aspetos comunicacionais, estuda nas teorias de comunicação os processos de interação com as pessoas e quando importados estes processos de interação junto de contextos de num contexto de maior vulnerabilidade, onde as pessoas tenham uma maior vulnerabilidade e portanto onde o contexto seja mais adverso. Existem muitos estudos que hoje localizam algumas necessidades, entre os quais a sua, para intervir não numa perspetiva individual mas claramente uma orientação para as iniciativas no coletivo. Fiz este preâmbulo porque na resposta concreta à sua questão, há de fato nos últimos 10/15 anos, sobretudo, com estas influências multidisciplinares sobretudo no âmbito da psicologia da saúde, psicologia positiva, nomeadamente, que é um ramo, é uma subespecialidade dentro da área da psicologia que tem vindo a demonstrar que o olhar para os aspetos da comunicação não é um olhar individual. As pessoas vivem num ambiente, esse ambiente é repleto de inúmeras variáveis, onde a orientação para uma intervenção a este nível é dar voz à pessoa, ao indivíduo mas de uma perspetiva claramente inserida no coletivo. Por isso não consigo transpor ou separar as questões da mutualidade nesta evolução da comunicação em saúde que a colega pergunta porque apesar de serem aspetos dos primórdios da essência do ser humano, há estudos interessantíssimos sobre a mutualidade em que percebemos claramente que a partir do momento em que existiu o ser humano, existiu outro e há uma troca de comunicação e essa troca é estabelecida em

reciprocidade e por isso se designa de comunicação, porque há uma troca, há um transmissor, há um recetor. E estas questões do coletivo, a essência da comunicação para obter recursos, para a própria evolução do ser humano, como recurso importante ao seu desenvolvimento, quer dizer, isto tem crescido mas houve uma era, sobretudo a era 60/80, não indo muito para trás mas era uma era individualista portanto em que de fato eu procuro na sociedade recursos para me empoderar, para crescer, para ter um cariz profissional, para ter uma atividade, ser autónomo. Portanto isto acompanhando todo o ciclo de vida do ser humano mas as correntes agora é *'que contributo é que eu tenho para os outros?'*, a voz é coletiva e esses são os desafios que temos. Esse é um grande desafio. Em termos de comunicação não estou a defini-la, não estou a olhar para a comunicação a partir da sua definição pura e dura, mas para aquilo que é a comunicação integrada na sociedade e para mim, esse é o maior desafio e a maior mudança das eras do individualismo, pronto *'eu procuro recursos para sobreviver... para isto... para aquilo...'*, mas neste momento, cada um de nós, além de ter essa necessidade e essa satisfação que é permanente e essa procura é incessante, é contínua, temos a troca, porque a comunicação não é só falada, comunicação há não-verbal, há verbal e mesmo não-verbal está provado hoje que os desafios estão nesta reciprocidade. Aos profissionais de saúde isso tem uma, diria, uma responsabilidade acrescida. Eu além de... da ajuda mútua, tenho trabalhado muito o conceito de esperança, que é integrado na dimensão espiritual, espiritualidade em saúde. Enfim, há várias correntes colaterais, há essas do cuidar, nomeadamente Jean Watson já falava sobre isto, sobre a estimulação da esperança, da fé e da esperança e, claramente, hoje percebemos que o indivíduo ao comunicar tem uma influência direta sobre as crenças e sobre a forma como a pessoa percebe a adversidade, sobretudo em situações de grande vulnerabilidade e sobretudo em contextos muito confusos e adversos como, claramente, são os serviços de urgência pediátrica. Portanto eu penso que de forma sintética, é isto. Há as evoluções mas a evolução para mim, que eu considero principal, é esta orientação do individual para o coletivo, sendo essa uma orientação mas um desafio associado aos profissionais de saúde.

E como poderá ser ultrapassado? Alguma sugestão? Quais os desafios sentidos ao longo dos anos? Como foram ultrapassados?

Eu defendo muito estas organizações pequenas dentro da organização grande que é a comunidade. Dentro da organização maior mas menor que a comunidade que são os hospitais ou os serviços de saúde porque a voz do coletivo é muito importante para o próprio profissional de saúde e vice-versa. Portanto eu defendo claramente que a estratégia da mutualidade, a fundação, a criação de movimentos de mutualidade possam ser de facto uma solução. E está-se a perceber que é. Situações de cariz económico-social que temos à presente data, como acabou de introduzir, que também há uma certa desmotivação dos profissionais mas das pessoas no geral, a falta de recursos económicos e esta questão da troca, muitos serviços públicos que *‘dá-me a roupa do teu filho que nos vendemos outra’*. Aliás há empresas giríssimas sobre isso, esta questão da troca, de favores, a partilha em cadeia, é de fato, na minha ótica, uma das soluções. Barata despense apenas de recursos humanos mas não precisa de grande potencial tecnológico para se afirmar.

Como perceciona a intervenção do Enfermeiro e a comunicação terapêutica?

A intervenção do Enfermeiro é claramente a partir das suas competências porque há aqui uma clara diferença entre o que são os grupos de ajuda mútua dos que são grupos de apoio, grupos de suporte, grupos psicoterapêuticos, *counselling*... o que seja... há claramente aqui uma diferença. O profissional que está enquanto mediador nesta intervenção não vai prescrever, por exemplo, nos grupos de apoio, que é o que de mais comum utilizamos no seio da Enfermagem. Temos um conjunto de pais que até tem o bebé internado na neonatologia, identificamos um conjunto de necessidades, parte delas são de carácter informativo do que formativo, estabelece-se um programa educativo, um programa de ação, reúne os pais e vamos falar sobre isto. Até, por vezes, são grupos que têm calendários formativos, os pais até se reúnem, e fazem a partilha no fim, *‘como é que é?’*, *‘como é que não é?’*, *‘que dificuldades é que têm?’* e acaba por se gerar ali uma experiência de mutualidade mas o cariz não é de mutualidade, é claramente na perspetiva vertical do profissional que sabe que vai fornecer ou disponibilizar ensino para dotar aqueles pais de competências para o cuidar do seu bebé. Na mutualidade, o Enfermeiro, o psicólogo, o pediatra, o assistente social, a educadora, quem quer que seja que esteja na intervenção é apenas um recurso porque a partilha, a voz do coletivo, funciona em mutualidade para ajudar quem está a precisar daquelas informações, portanto, os pais em concreto, se pretender que especifique já a população que está a

recair o seu trabalho. *‘Eu estou naquele grupo, eu sei que vou ser ajudada se partilhar a experiência do meu filho porque recebo a partilha de outro pai em reciprocidade’*. Isto também afasta desses grupos e dos grupos de autoajuda, é completamente diferente. A grande corrente mutualista iniciou-se com os grupos de auto ajuda na área do alcoolismo, portanto, os grupos de ajuda dos alcoólicos anónimos mas aí o grupo é uma esponja, a pessoa está lá para se ajudar a si própria, é uma corrente individualista apesar de estar no coletivo *‘não tenho que partilhar, não tenho...’*. É completamente diferente. Há um espírito egocêntrico nos grupos de auto ajuda apesar do recurso ser a partilha e a voz das outras experiências... *‘aquele conseguiu, tu também vais conseguir’*. Há até certos rituais... aqui a reciprocidade é claramente entre os intervenientes. O Enfermeiro na ótica de qualquer outro técnico, com as suas competências profissionais agilizará enquanto mediador a voz de qualquer um dos intervenientes.

Na sua opinião, não deverá haver ninguém a liderar estes grupos...

O grupo autolidera-se. Eu não diria liderar. A facilitação destes grupos deverá ser sempre de caráter horizontal. Aqui ninguém é mais importante que ninguém. Sobretudo os pais ou qualquer outra pessoa noutras áreas, mesmo idosos, familiares, cuidadores, pessoas em fim de vida, o que seja, percebem que o Enfermeiro está lá, não porque tenha uma situação idêntica, ou qualquer outro técnico. Mas não está lá para prescrever, está lá para desmistificar a voz, mediar a voz e conhecendo como mais ninguém porque temos enquanto técnicos um visão do coletivo provavelmente mais aprimorada, pelas próprias competências que temos, os próprios instrumentos de intervenção de grupo que utilizamos e conhecemos aquelas famílias... E eu posso por ser mediadora ou facilitadora, posso ir buscar aquela pessoa, aqueles recursos pela experiência, pelo percurso, para ajudar outra que está numa situação de maior adversidade e questionamento, não sei se estou a ser clara... Portanto, isto vem também um bocadinho na linha desta intervenção que parece-me ser importante clarificar de outros movimentos coletivos que nada tem a ver com a mutualidade de que falo. Pronto, até os grupos de psicoterapia temos que ter um técnico, habitualmente um psicólogo, os *counselling*, habitualmente os terapeutas familiares, onde a área da psicologia tem também trabalhado muito estas questões mas eu defendo o modelo integrado onde... que o Enfermeiro participa com as suas competências de relação de ajuda que aprendeu, que desenvolveu mas se eu tiver que ter um Enfermeiro naquela reunião em particular,

ficará tão bem como se tiver um psicólogo ou um assistente social. A essência da intervenção é na base das competências profissionais que cada um tem.

E relativamente a frequência destas reuniões?

Vai depender das expectativas de cada grupo, o que está claramente preconizado pela literatura e da investigação que eu também desenvolvi sobre este assunto é que tem que haver sempre uma avaliação de expectativas iniciais dos participantes que estão em intervenção, sejam eles pais ou outros. Tem que se perceber. Habitualmente são encontros mensais, quinzenais, semanais. Há aqui limitações na prática atual da saúde, é a disponibilidade de técnicos nesta intervenção.

Era a minha próxima questão. As principais dificuldades na implementação neste tipo de grupo?

Claramente essa! Primeiro é a desmistificação de que grupos são estes. Há uma certa... há um certo anticorpo entre os psicólogos e os Enfermeiros. Porque os psicólogos têm a visão do grupo de apoio terapêutico, do grupo de suporte, efetivamente, sobretudo na despistagem, para triagem de necessidades de apoio psicológico e individual, de facto são os profissionais de saúde mais habilitados para o fazerem mas não é esta a essência da mutualidade que se defende na definição que anteriormente lhe disse. É claramente a questão de que eu potencio outro com a minha área de saber. Claro que o que se preconiza é que estejam o mais possível de técnicos, e das mais diferentes áreas porque potencializamos, não é? Esse é um dos limites. Outro dos limites é, efetivamente, o retirarmos da sombra estas intervenções. Estas intervenções têm de ter um espaço num ambiente cuidativo. E o que nos temos verificado é que a maior parte dos Enfermeiros, tal como outros técnicos, trabalham em regime de voluntariado. Aos dias de hoje é um grande desafio porque não há espaço. E sobretudo o *input* emocional que leva a irmos para a frente, o vestirmos a camisola e por isso eu dizia, antes da gravação, que há experiências pontuais, umas sistematizadas de acordo com esta filosofia, outras são experiências que retratamos nos serviços, através destes recursos que funcionam à medida daquilo que são as necessidades identificadas e dos recursos disponíveis. Isto explica porque é que as reuniões não têm uma periodicidade estreita, que era o que se preconizaria como ideal. O que eu tenho encontrado, e eu penso que até no que eu tenho

encontrado que, é possível os serviços disponibilizarem, até daquilo que é a satisfação dos pais, uma vez por mês. Entre zero e ir uma vez por mês, é claramente suficiente.

Existem alguns estudos que retratam a positividade dos grupos de ajuda mútua e que os pais dão uma opinião muito positiva. Mas relativamente aqueles pais que perdem os filhos existe aí uma lacuna de opinião, pelo menos no que eu tenho encontrado.

Perdem os filhos em que contexto?

No contexto da neonatologia que acabam por falecer...

Há um hiato. Até porque existe um grupo que tem, portanto o grupo é uma associação, chama-se 'A Âncora', é a única associação nacional que eu conheço que efetivamente faz um apoio ao luto em pais que perderam os filhos grandes, pequenos em diferentes contextos e que dentro dessa associação funcionam vários grupos de ajuda mútua com o princípio da mutualidade mas sendo polivalente são pais que ao reunirem-se com outros pais têm um motivo comum de perda mas os contextos da perda são tão diferentes... E eu, aí penso que poderíamos pelo hiato que há, não só na intervenção, mas também na investigação, devíamos ter mais evidência que necessidades que estes pais de bebés que faleceram em contexto neonatal têm, que claramente são contextos diferentes. Abruptos. Agudos. Portanto há um hiato quer na intervenção, quer na investigação. Claro há serviços que têm, tal como esse que citou, que têm vindo a provar que na intervenção vale a pena mas num percurso enquanto a criança ainda lá está, depois de acontecer, há movimentos coletivos como o Dia dos Heróis, em que os pais se juntam para lançar balões ou para fazerem uma celebração aos bebés heróis que tiveram e isso também são experiências e encontros de mutualidade com os técnicos de saúde mas não é a mesma coisa. Não é a mesma coisa... Portanto, poderá haver experiências pontuais que não estão documentadas mas que eu desconheço porque realmente o grosso modo, a constituição destes grupos em percurso de doença e tratamento dos seus filhos... Isso existem várias experiências piloto sobre isto. Agora depois do bebé morrer....

Acabamos por perder ali um bocadinho os pais, não é?

Perde-se! Perde-se apesar de eles ficarem vinculados com a equipa de neonatologia. Precisamente por estes encontros que se vão mantendo ao longo do tempo. E eu penso

que aqui na zona de Lisboa e Vale do Tejo há muitas experiências de colegas que partilham e apresentam até em eventos científicos essa questão.

Mas tem de ser com uma automotivação de irem procurar ajuda do que propriamente os grupos...

Os próprios pais, sim. Se forem pais que já estavam sediados a um grupo, portanto que lhes deu apoio durante o percurso de internamento. Temos aqui duas questões. São pais que se mantêm ligados ao grupo no sentido de missão que emerge em grande parte nestas famílias: *'Eu tive um filho valeu a pena. Viveu quinze dias, viveu um mês... A experiência de superação que eu passei com o meu filho, a forma como eu cresci enquanto pessoa. Eu tenho a certeza que certamente vai dar contributo a outros pais...'*. E com este pensar e isto está evidenciado na literatura, nos estudos recentes que se tem feito, o papel dos pais e como os pais depois transformam as experiências de mutualidade na sua própria esperança. Estes dois conceitos. É precisamente o sentido de missão. E continuam ligados ao grupo-mãe. Poderão até procurar outros apoios, até ao nível da religião, de igrejas, de movimentos da coletividade, de associativismos, de recriação social, portanto eles procuram outras correntes mas muitos deles ficam sediados ao grupo-mãe e vão às reuniões como os outros. Acabam por ser modelos de esperança para outros pais.

E qual deverá ser a postura dos grupos dos bebés que sobrevivem e que tem alta hospitalar, qual deverá ser a postura do grupo de ajuda? Deverá manter essa ligação...

O grupo de ajuda existe enquanto houverem pais que o procurem. Portanto se a criança é uma sobrevivente, se cresce mesmo fora do contexto neonatal. Na ótica do trabalho que tenho desenvolvido, o que tenho investigado são modelos de esperança. Porque repare: quando os pais se vêm em braços com um bebé de 500 g, há medos e não vêm do estudo que fiz porque eu não fiz propriamente com pais de prematuros mas daquilo que se lê e do debate que tenho feito com colegas dessa área é: *'Será que o meu filho vai ser normal no futuro? Será que vai crescer como os outros crescem? Será que vai ter défices porque depende tanto do oxigénio e nasceu tao pequenino? Será que vai ter alguma lesão?'* Verem outros meninos na escola, na adolescência é um *input* de esperança. Isto é esperança. E os técnicos deviam mobilizar mesmo não havendo

formalização coletiva de um grupo, formalmente, que há muito boas práticas na neonatologia de convidarem pais que acabam por ficar sempre ligados. Vão no dia dos aniversários, enviam fotografias, telefonam nas épocas festivas, muitos deles tendem nos primeiros cinco anos a ir visitar. Porque também repare, é também outra área, eu não consigo dissociar os dois conceitos. Para mim é promoção de esperança claramente. Para aquela, os bebés ate com doença crónica que ficam depois com limitações de saúde, pronto são bebés grandes prematuros, são miúdos que ficam com problemas respiratórios, visuais, auditivos, pronto e ate com atrasos de desenvolvimento, cada ida dos pais aquele serviço é como se fosse um premio Nobel, é como se fossem assistir à apresentação dos livros dos miúdos, quer dizer, isto vem documentado. Eu uso sempre este exemplo porque isto vem documentado nos estudos. É um feito para aqueles pais, é uma celebração de competências. Vejam como ele esta a crescer bem. Disseram que se calhar ele não ia sair daqui mas olhe la como ele está tão bem, tão grande, tão rosadinho, tão feliz! É muito importante estas mobilidades e estas. Na comunicação da saúde e naquilo que se perspectiva para os profissionais porque são áreas que também aquilo que é o nosso entendimento enquanto pessoa, não é? Somos profissionais mas somos pessoas. Temos de digerir alguns medos e algumas crenças associadas a isto mas temos de acreditar se não, não conseguirmos passar a mensagem.

Acaba por ser... Todos nós aprendemos a necessidade e a importância dos cuidados centrados na família mas parece que existem aqui algumas barreiras constantes.

Há hiatos, sim há hiatos. Sobretudo ao nível da negociação dos cuidados, em que nas neonatologias também é engraçado, já tenho assistido também a muito boas práticas, do género, dou-lhe um exemplo rápido: que e a gestão do plano de cuidados em negociação com os pais, não é? Aquele plano de cuidados *standard*. Sabe-se que a mãe chega ao meio-dia, o bebé pode tomar banho ao meio dia. Tudo isto. As questões da vinculação, da participação ativa dos pais nos cuidados, as questões do canguru, entre outros. Portanto, tudo isto, efetivamente, transforma estes planos de cuidados, não como receitas mas altamente subjetivos e individualizados e portanto há experiencias mesmo em termos internacionais em que os planos de cuidados estão na incubadora. Os pais reformulam o plano com a equipa diariamente. Amanhã não posso vir a esta hora, venho aqui, amanhã alimento, não alimento, vendo quais são as necessidades básicas do bebé

mas que eles são os principais cuidadores. Portanto dá que pensar mas existem de fato grandes oportunidades de intervir aí também e portanto eu penso que estes encontros de mutualidade com pais em contexto idêntico são extremamente amplificadoras daquilo que é o percurso deles dentro de uma unidade com estas características, porque é difícil.

Apesar das barreiras existentes...

Exatamente... Há a desmistificação... O perceberem mesmo por padrão de comparação que os outros pais também têm os seus medos. No meu estudo e aproveito, se calhar, para reforçar isto agora que é, é interessante também eu ter percebido, não com estes pais em particular, eu não posso generalizar estes achados mas tem-se percebido noutros trabalhos também esta preocupação no sentido de como e que eles fazem a partilha. Os técnicos têm às vezes algum medo porque há pais muito ansiosos e porque depois acabam por contaminar, entre aspas, aquela ansiedade noutros pais que até estavam estáveis e que de repente começam a ter outros medos que até nem tinham pensado. Isto é um mito mas que acontece se não houver mediação. Daí a importância destes grupos terem mediação, se não, esgotam-se. Basta haver uma experiência atípica o difícil de gerir que os pais não voltam ao encontro, não é?... E portanto, a facilitação é benéfica por isso mas de qualquer forma, mesmo numa perspetiva positiva e saudável do que é estas relações espontâneas, as pessoas trabalham experiências à sombra dos profissionais de saúde, trocam contactos telefónicos, sabem os aniversários dos bebés que tiveram na incubadora mais próxima, sabem de uma série de coisas porque trocam e porque se cruzam e porque a comunicação é isto mesmo! E perguntam e perguntam se estão melhor e mesmo os bebés que têm uma alta mais cedo, os pais continuam a contactar os outros pais que ainda lá ficaram...

Acabam por ser grupos informais de ajuda mútua...

Mas não tenha dúvida, acontece à nossa sombra. Pode é não ser valorizado, nomeadamente pela equipa de Enfermagem como nós estamos agora a valorizar porque estamos com uma intencionalidade terapêutica mas isto espontaneamente acontece.

E há que agarrar o momento...

E há que agarrar... e são contextos propícios porquê? Porque há um ambiente cuidativo, os pais estão lá, acessíveis. Pode-se criar dentro da prestação de cuidados, um elemento

supranumerário que ate em conjunto com a restante equipa disponível para o efeito, pode durante uma hora, em que não há cuidados diretos ao bebé, estarem com os pais em partilha. Agora tem é que haver um plano, uma intervenção organizada, que possa ser avaliada. Porque esta avaliação não e dizer se correu bem ou mal, como se fossemos a uma formação. Isto satisfez ou não satisfez as necessidades? Que outros temas gostaria?... Isto tem de ser mais além, temos de avaliar isto de alguma forma com uma metodologia. Por isso e que o resultado que ainda bem que foi, mas que eu esperava da tese de doutoramento era fornecer um modelo de intervenção que pudesse ter uma maquete interventiva. Claro, o resultado... Esta intencionalidade que estudei era na área da promoção da esperança e da emoção e ter itens por observação e claro não se preconiza um só elemento, um técnico por grupo. Pelo menos tem de haver três, porque um tem de estar a registar para perceber os elementos do coletivo, ameaças à esperança, recursos à promoção de esperança, entre outros, para se poder direcionar o próximo encontro de acordo com as expetativas das pessoas e portanto claro e pronto não se faz com este nível de sistematização, ok? Mas fazem-se práticas daquilo que conheço do são francisco xavier ate porque tive la uma aluna também na Estefânia existem grupos de neonatologia. Não sei se foi no Francisco Xavier se foi na Estefânia, eu acho que até foi na Estefânia que aplicou parte do modelo, partiu o modelo e aplicou-o de acordo com as necessidades dos pais que estavam na altura com os bebés internados. Porque e diferente. Uma coisa e eu formar um grupo de pais de meninos com doenças cronicas no seu percurso, podem ser cardíacos, podem ser diabetes, podem ser asmáticos, podem ser crianças com síndrome nefrótico, é aquele *continuum* e aquele modelo é de a a z, o ideal. Ao nível do conhecimento em que nos encontramos é claro! Há de haver evoluções certamente, espero, da adaptação desse modelo, concretamente de realidades mais particulares. Mas no caso da neonatologia podem ser oferecidas propostas de intervenção consoante os pais que estão lá na altura. É um modelo diferente porque os pais vão rodando. Há sempre aquela mãe ou pai que podem servir de referência ao grupo, experiencias de sucesso. Podem ser convidados, convocados, etc., os pais ficam muito orgulhosos disso. Mas há uma maior mobilidade de bebés que vão entrando, vão saindo e que exige uma programação com uma intervenção se calhar mais flexível para também atender às necessidades que também são diferentes e que vão surgindo.

Falando agora um bocadinho do serviço de urgência pediatria, que acaba por ser a minha área e que será o meu próximo desafio. Desafios da comunicação num serviço de urgência pediátrica? Afastando-nos desta temática...

Eu diria já um! Eu trabalhei 15 anos num serviço de urgência pediátrica, a minha raiz profissional é a urgência. E, no que diz respeito aos Enfermeiros, sabe-se que é muito volumoso o trabalho, sabe-se que há momentos dos turnos, sobretudo em picos sazonais, que é muito difícil gerir mas há um hiato que eu acho que os gabinetes do utente, quando existem e quando estão a funcionar em partilha com as urgências, funcionam um bocadinho como apaziguadores que é o tempo de espera na sala de espera. Muito bem, temos um sistema *Alert*®, temos um sistema de triagem, temos monitores que avisam o tempo de espera mas a comunicação entre a triagem ou até entre a colega que está de apoio ou reforço a equipa com pessoas que estão a espera ou por exames complementares de diagnóstico ou porque estão a espera que o médico venha ou porque a criança está em arrefecimento... a saída do contexto do cuidar direto para uma sala de espera é o que eu acho mais fundamental porque grande parte da ansiedade dos pais que cresce, que cresce, que cresce, além da situação gerível, que depois passam a triagem, tem logo ali uma ideia de que se é uma situação grave ou não é, mas é horrível a espera mesmo que eu tenha um monitor que me diga que eu só vou ser chamada daqui a duas horas. Não se consegue fazer isto idealmente em todas as situações mas se calhar pensar num projeto da comunicação que implique uma pessoa de referência circulante que possa inclusivamente apaziguar e identificar algumas necessidades e nós sabemos que a pediatria, a grande parte das emergências são ao colo dos pais. Eu apanhei muitas sépsis na sala de espera mesmo quando na triagem aparentava, tínhamos uma impressão clínica mas não aparentava que ia ter uma meningite ou uma sépsis, pode-se argumentar que iria edificar um projeto destes, de aumentar as oportunidades de comunicação com a finalidade de apaziguar a ansiedade ou de conferir bem-estar aos pais ou à criança. Pode-se argumentar com uma situação também deste nível portanto, obviamente que seria importante. Para mim, este fosse entre a espera e grande parte dos conflitos das urgências tem a ver com isto. Outra questão é a mediação cultural. Mas aí já há muitos projetos, muita reflexão que tem vindo a ser feita com populações particularmente diferentes umas das outras, as crenças que nós temos de saber, sobretudo por estas questões da raiz multicultural, que nos convivemos no dia-a-dia. Isto num contexto mais volátil do percurso sala de triagem,

sala de tratamentos... A partir do momento em que o bebé fica em SO ou que a criança fica em SO, já temos um outro cenário, é verdade. Já temos um outro cenário que não é um internamento mas que se aproxima de uma intervenção de um Enfermeiro... há sempre alguém ali. Eu acho que as grandes questões se passam no corredor entre a alta ou entre a decisão de um internamento e é ali...O entrar e o sair... O agora é um pediatra, agora é outro... depois é uma Enfermeiraque até rende outra e que passa a ser a Enfermeiraque não fez a triagem, é outra pessoa. Eu acho que deveria haver um Enfermeiro pivot, dentro da função da chefia de equipa, ou outra pessoa destacada porque claro, dentro daquilo que é possível e sobreponível a gestão de recursos que as equipas têm mas eu, para mim, estes são os dois aspetos fundamentais...

Aquela lacuna do pedir para esperar...

Aquela lacuna do pedir para esperar... ok... mas tem de haver um feedback. Então vamos lá ver o que se passa... eu sei que é difícil fazermos isto, sobretudo numa urgência pediatria central, ok. Mas mais do que um monitor da espera temos ... as pessoas já sabem, já aprenderam... eu penso que o número de conflitos desceu a partir do momento em que entra um sistema desses. As pessoas já sabem com o que contam. Mas num projeto em que a comunicação está em rótulo, eu acho que se teria de fazer um diagnóstico de situação para efetivamente perceber se seria uma boa porta de entrada intervir por aí ou não. Porque nós sabemos que existe essa falha...

Se nos pusermos a refletir. Todos nós compreendemos a importância da investigação. Eu acho que a comunicação é essencial mas sou eu que me interessar por ela.

Eu acho que qualquer profissional de saúde tem a comunicação como um instrumento do cuidar. Poderemos é não ter o mesmo nível de reflexão sobre ela, mas sendo um instrumento, preocupo-me.

E como manter os profissionais motivados para a investigação e para o investimento de novos projetos que possam surgir?

Através do papel do Enfermeiro especialista e da desmistificação que possa fazer junto da sua equipa. O olhar é completamente diferente. O olhar é sistémico, há uma preocupação para além da sintomatologia que levou a criança à urgência naquele dia, há

preocupações, há uma melhor eficácia dos cuidados de Enfermagem, há estudos muito interessantes que implicam a satisfação da própria criança e o percurso dos pais e cruzarem estes dados com a satisfação dos Enfermeiros com a perceção que os Enfermeiros têm da satisfação que proporcionam, nos cuidados que administram, eu acho que passa muito pelo papel do Enfermeiro especialista, enquanto, enquanto pivot. E não digo formação formal, digo pequenos achados, pequenas perolas nas passagens de turno, situações que sucederam connosco próprios, em que podemos ter de fazer um estudo de caso exaustivo ter de aproveitar a situação para fazer algo mais, ou pelo menos um input para se fazer um diagnóstico de situação mais amplo. Agora é assim, mudança das práticas as vezes é muito difícil e nos sabemos isso e só conseguimos através da demonstração de resultados. Por isso e que eu falo muito no diagnóstico de situação, acho que tem de fazer. Ouvir Pais, ouvir colegas ou até por observação ou até agarrar num caso pela positiva, que correu lindamente, ou até pegar num caso que realmente nos deixou muitas vezes dúvidas se atuamos da melhor forma ou não.

Dou então por terminada a entrevista. Agradeço toda a simpatia e disponibilidade.



Objetivos

- Gestão da Ansiedade, Angústias, Medos dos Pais
- Gestão da Hospitalização
- Suporte Parental
- Partilha de Experiências
- Empoderamento Parental



Gestão das Reuniões

- Sistema de Mutualidade (Partilha em Cadeia)
- Facilitação Horizontal (sem Liderança)
- Periodicidade Semanal, Quinzenal ou Mensal (tendo em conta expectativas e disponibilidade dos técnicos)



Recursos Humanos

- Pais como Fonte de Partilha
- Profissionais como Recurso e Mediação, sem Prescrição (Enfermeiro, Médico, AS, Educadora, Psicólogo)



Barreiras & Oportunidades

- **Barreiras**
 - Desmistificação dos Grupos
 - Papel dos Profissionais (Limite da Intervenção)
 - Paradigma do Ambiente Cuidativo vs Voluntariado
- **Oportunidades**
 - Experiências de Mutualidade
 - Sentido de Missão
 - Modelos de Esperança
 - Acessibilidade dos Pais (Ambiente Cuidativo)
 - Avaliação do Modelo

Comunicação como Instrumento do Cuidar | EESCJ como Pivot | Satisfação Pais + Criança + Profissionais | Indicadores

**APÊNDICE V: DOSSIER TEMÁTICO: A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COM A
FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DA SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

DOSSIER TEMÁTICO

A COMUNICAÇÃO

TERAPÊUTICA COM A FAMÍLIA

DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

DISCENTE:

ALEXANDRA SOUSA – N.º 3903

SOB ORIENTAÇÃO:

PROF. DOUTORA PAULA DIOGO

ENF.ª ESCJ CLÁUDIA DUARTE

LISBOA, DEZEMBRO 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1 – DOCUMENTOS SELECIONADOS	6
2 – LIVROS A CONSULTAR	6
3 - CONTRIBUTO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

Um dossier temático é uma forma de reunir bibliografia científica, referente a um tema de interesse, para mais fácil consulta; nele podem ser incluídos diversos documentos, recolhidos em diferentes locais, pelo que pode ser sempre atualizado com novo material. O presente dossier temático intitula-se ‘A Comunicação Terapêutica com a Família da Criança Hospitalizada’ e tem como principais objetivos: 1) Enfatizar a importância da comunicação terapêutica com a família da criança hospitalizada; 2) Relembrar conceitos e estratégias de comunicação; 3) Organizar e dispôr a informação consultada acerca da temática apresentada; 4) Facilitar a criação de um arquivo acerca do tema proposto e sua manutenção.

No cerne da organização deste dossier encontra-se o conceito de cuidar em Enfermagem, de acordo com a seguinte perspetiva: cuidar como ideal moral da Enfermagem, consistindo em tentativas transpessoais para proteger, aumentar e preservar a humanidade, auxiliando a pessoa a encontrar significado na doença, sofrimento, dor e existência, ajudando a adquirir autoconhecimento, controlo e autorestabelecimento, envolvendo valores, vontade e compromisso para o cuidar (Watson, 2002). Assim, a Enfermagem possui trunfos e oportunidades maiores para exercer a arte do cuidar, através da proximidade das pessoas ao longo do dia com um espaço de liberdade para atuar como prestadora de cuidados, através de meios e tempos de ação mais amplos (Hesbeen, 2000). Em contexto de pediatria, os cuidados centrados na família (CCF) são considerados centrais nos cuidados prestados com qualidade, uma vez que garantem a saúde e o bem-estar à criança/família através de uma relação de respeito, honrando os pontos fortes, cultura e conhecimentos que todos os elementos desta relação trazem para a mesma; regendo-se pelos cuidados à pessoa e não à sua condição, sendo o utente melhor entendido no seu contexto de família, o que irá resultar em melhores cuidados de saúde, maior segurança e satisfação (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

Neste processo de saúde/doença, a participação ativa dos pais nos cuidados físicos e emocionais dos filhos é essencial, aliviando o sentimento de culpa e estimulando o papel parental, levando a uma diminuição da ansiedade. Também para a organização da intervenção da Enfermagem o apoio da família é imprescindível; aceitá-los e orientá-los torna-se essencial para que a participação destas pessoas nos cuidados à criança seja uma realidade dentro dos CCF (Jorge, 2004).

A comunicação é considerada uma pedra angular no cuidar e nos CCF, pelo que a transmissão de informação e suporte em todas as intervenções deve estar sempre presente (O'Malley, Brown, & Krug, 2008). Assim, é importante que o Enfermeiro saiba escutar e colocar as questões certas, funcionando como elemento chave da intervenção terapêutica (Jorge, 2004). A comunicação é também encarada como a base da relação terapêutica, essencial para as respostas às necessidades da dinâmica familiar. Investir tempo para construir um relacionamento e compreensão com a criança/família desenvolve um sentimento de confiança e aperfeiçoamento da comunicação que irá melhorar os resultados e a satisfação do utente (Levetown, 2008).

Apesar de essencial e considerado como a base de todo o procedimento na saúde, é necessária uma contínua ênfase curricular na construção de competências na área da comunicação, principalmente, em serviços pediátricos. Os hospitais, numa procura constante pelos cuidados de qualidade ao utente, têm procurado tecnologia de ponta. Mas a saúde não é somente o bem-estar físico, é também o bem-estar social e emocional (Neto do Nascimento, 2013). É importante ter em conta que a informação aos pais é um direito ao qual os profissionais de saúde devem dar muita atenção, devendo a informação ser orientada, clara, precisa e adequada ao seu nível de linguagem, favorecendo a sua compreensão (Jorge, 2004). A forma como cada família responde à situação de doença depende da forma como a doença surge. O *stress* vivenciado numa situação de doença requer mudanças comportamentais e afetivas num determinado período de tempo, requerendo mobilização das competências familiares para lidar com a situação. Contudo, as incertezas diagnósticas representam um dos acontecimentos mais dramáticos que a família pode sofrer, envolvendo-a numa crise emocional, afetando todos os seus elementos (Jorge, 2004).

Neste sentido, a admissão de uma criança no Hospital é considerada uma situação de crise familiar que causa desequilíbrio físico e psicológico que pode diminuir as capacidades habituais de enfrentar os problemas (Jorge, 2004). Os pais, ao participarem nos cuidados ao filho, sentem-se parte integrante da equipa, facilitando a manutenção de laços familiares, componente vital para o ajustamento social e psicológico durante o processo de doença; sendo o Enfermeiro um elo fundamental para a ligação da criança, pais e outros profissionais da equipa. Segundo Schmitz (1989), citado por Jorge (2004), os cuidados prestados à criança pelos pais são mais adaptados e satisfatórios, o que lhe confere mais segurança. Além do mais, a presença dos pais irá evitar o desencadeamento

de reações emocionais causadas pela separação da criança/família, promovendo também a mediação entre profissionais e criança (Crepaldi & Varella, 2000).

Assim, promover CCF envolve o reconhecimento da família como uma parte essencial nos cuidados à criança e na sua experiência de saúde/doença (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009); são uma abordagem inovadora para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, baseado numa relação de mútuo benefício para as crianças/famíliares e profissionais de saúde. Para tal, é importante que o Enfermeiro clarifique os seus próprios valores, o que lhe irá permitir funcionar como modo terapêutico, comprometendo-se nos cuidados que presta, reconhecendo a importância dos CCF no processo de saúde/doença em pediatria (Lopes, 2006).

Desta forma, as competências comunicacionais do Enfermeiro são uma componente importante dos CCF que prosseguem a orientação do Cuidar em Enfermagem, remetendo à teoria de Jean Watson. O Enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar e cuidador da criança/família é um elo essencial para o processo de comunicação (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009).

Tendo em conta este breve enquadramento, o presente documento pretende também marcar a importância de uma constante melhoria da qualidade dos cuidados prestados, incrementando a filosofia dos CCF e enfatizando a necessidade da relação de ajuda e da comunicação terapêutica.

1 – DOCUMENTOS SELECIONADOS

Bibliografia	Anexo
<p>1. Armelin, C. B., Wallau, R. A., Sarti, C. A., & Pereira, S. R. (2005). A comunicação entre os profissionais de Pediatria e a criança hospitalizada. <i>Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano</i>, 15 (2), pp. 45-54.</p> <p><u>Resumo:</u> O presente artigo documenta as dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e utentes pediátricos em situação de hospitalização. A comunicação efetiva implica o reconhecimento mútuo, buscando a perceção dos utentes e seus familiares, assim como a dos profissionais, para perceberem o tipo de comunicação e relação existente. Para o problema da pesquisa, foi utilizada uma metodologia quantitativa com o método de estudo de caso, sendo que o trabalho de campo foi desenvolvido num hospital público universitário em São Paulo. Para fazer parte do estudo foram selecionadas duas crianças em idade escolar, internadas por um período maior que uma semana. Foi realizado um acompanhamento sistemático de cada uma das crianças, por meio da técnica da observação e entrevista realizada a acompanhantes e profissionais, envolvidos nos cuidados e tratamento da criança hospitalizada. Verificou-se que a comunicação se estabelece preferencialmente entre o profissional e o acompanhante, em função da criança, mas nem sempre com a participação desta, deixando a criança para segundo plano no campo das relações.</p>	I
<p>2. Ferreira, M. d. (Maio-Junho de 2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na Enfermagem. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, 59 (3), pp. 327-330.</p> <p><u>Resumo:</u> O artigo foca-se na comunicação como instrumento básico do cuidado, articulado à dinâmica do cuidar e aos cuidados hospitalares. Para tal, foram realizadas entrevistas, observações participantes e consultas aos prontuários. De seguida, aplicou-se uma descrição densa e análise temática. Foram identificadas diversas formas de</p>	II

<p>comunicação, tanto verbais como não-verbais. A interação no cuidado emergiu dos encontros e conversas entre profissionais e utentes, integrando-os nos cuidados. A comunicação, quer seja de conteúdo técnico ou lúdico, comporta sempre uma interação, linguagem, gestos e cognição, tornando-se essencial na Enfermagem, na sua arte e ciência do cuidado.</p>	
---	--

<p>3. Gomes, M. M., Gaiva, M. A., & Oliveira, R. D. (Jan - Jun de 2002). Conceções de um Grupo de Enfermeiras sobre Família. <i>Família, Saúde e Desenvolvimento</i> , 4 (1), pp. pp. 60 - 67.</p> <p><u>Resumo:</u> O presente estudo teve por objetivo compreender as conceções sobre família que as Enfermeiras adotam nas suas práticas. Para tal, foi utilizado um método fenomenológico, através de entrevistas. No estudo participaram nove Enfermeiros, cujos depoimentos revelaram o significado de família, a sua função e a sua prática como Enfermeiro perante uma família. Os Enfermeiros reconheceram a importância da família para os seus cuidados, assim como enfatizaram as dificuldades sentidas para atuarem nesta área, sendo que poucos têm a família como unidade do cuidado.</p>	<p>III</p>
---	------------

<p>4. Institute for Family-Centered Care. (Novembro de 2014). <i>Institute for Family-Centered Care</i>. Obtido de Institute for Family-Centered Care: http://www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf.</p> <p><u>Resumo:</u> Os cuidados centrados na família são uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação do estado de saúde, que assenta numa base de mútuo benefício e parceria entre cuidados, utentes e família, redefinindo o conceito de relação nos cuidados de saúde. São reconhecidos pelo seu papel vital na garantia de bem-estar nas crianças de todas as faixas etárias e sua família; reconhecendo o suporte emocional, social e de desenvolvimento como componentes essenciais</p>	<p>IV</p>
---	-----------

<p>nos cuidados de saúde. Promovem também saúde e bem-estar nas crianças e famílias, devolvendo a sua dignidade e controlo. Os cuidados centrados na família são uma abordagem aos cuidados de saúde que molda as políticas, programas e interações no dia-a-dia, que leva a melhores resultados em saúde, assim como uma melhor utilização dos recursos e maior satisfação do utente e família.</p>	
--	--

<p>5. Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. <i>Pediatrics</i>, 121, pp. e1441-e1460.</p> <p><u>Resumo:</u> A comunicação em saúde é uma habilidade essencial para a segurança e eficácia nos cuidados, pelo que pode e deve ser ensinada. A comunicação influencia o utente em todo o seu processo de doença, influenciando a adesão ao tratamento, a aceitação e adaptação à doença. O presente artigo apresenta uma revisão da evidência da importância da comunicação na pediatria, desde os cuidados de saúde primários até à hora do luto, providenciando ainda sugestões de melhoria da comunicação com os utentes e suas famílias, providenciando cuidados mais eficazes, mais eficientes e empáticos.</p>	V
---	---

<p>6. Morais, G. S., Costa, S. F., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em Enfermagem ao paciente hospitalizado. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i>, 22 (3), pp. 323-327.</p> <p><u>Resumo:</u> A humanização é uma expressão que vem sendo usada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do utente, compreendido como ser integral e ao mesmo tempo singular nas suas necessidades. Considerando a crescente ênfase da humanização do cuidado em Enfermagem nas instituições de saúde e a importância da comunicação na compreensão das necessidades do utente vulnerabilizado pela doença e</p>	VI
---	----

<p>hospitalização, surge a necessidade de refletir acerca da relevância da comunicação no processo do cuidar humanizado em Enfermagem. Sob esse prisma, o presente estudo, de natureza bibliográfica, teve por objetivo destacar a comunicação como instrumento básico no processo do cuidar humanizado em Enfermagem ao utente hospitalizado. Realçando o processo de comunicação como componente básico na humanização do cuidado em Enfermagem.</p>	
--	--

<p>7. Oriá, M. O., Moraes, L. M., & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do Enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. <i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i>, 6 (2).</p> <p><u>Resumo:</u> A comunicação é um importante aspeto no cuidado de Enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade e a promoção do cuidado emocional. O objetivo do presente artigo passa por refletir sobre as interfaces do cuidado emocional ao utente hospitalizado, vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem. O cuidado emocional requer profissionais atentos e considerados bons ouvintes, conseguindo expressar um olhar ou toque atenciosos, confortando e recuperando a autoestima do utente. Assim, o cuidado emocional do utente hospitalizado é essencial para a melhoria da qualidade de vida, não só do utente, mas de sua família.</p>	VII
--	-----

<p>8. Shields, L., Huaqiong, Z., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J., & Pascoe, E. (2012). Family-Centred care for hospitalised children aged 0-12 years (Review). <i>The Cochrane Collaboration</i> .</p> <p><u>Resumo:</u> O presente artigo é uma revisão sistemática da literatura acerca de cuidados centrados na família. Os cuidados centrados na família são considerados um modelo nos cuidados pediátricos e encarados como a melhor forma de prestar cuidados à criança no hospital. Quando a criança é admitida, toda a família é afetada; na prestação de cuidados, os profissionais devem considerar o impacto da hospitalização na criança e</p>	VIII
--	------

<p>toda a família. O principal objetivo do presente artigo é avaliar os efeitos dos modelos de cuidados centrados na família para crianças hospitalizadas desde o nascimento aos 12 anos quando comparados com modelos padrão de cuidar em crianças, famílias e resultados na saúde. Contudo, o autor do artigo considerou a sua pesquisa limitada, uma vez que a sua evidência é moderada, demonstrando algum benefício na intervenção dos cuidados centrados na família para a criança internada, para a satisfação dos pais e custos para a instituição de saúde; contudo será necessária a realização de um estudo numa maior escala. É essencial uma pesquisa rigorosa acerca dos benefícios dos cuidados centrados na família.</p>	
--	--

<p>9. Tigulini, R. d., & Melo, M. R. (2002). A comunicação entre Enfermeiro, família e paciente crítico. <i>Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem</i>.</p> <p><u>Resumo:</u> A comunicação é a base da relação terapêutica, exigindo do profissional Enfermeiro uma boa preparação nesta área. Em situações de emergência, a comunicação pode sofrer variações, por conta da própria condição preocupante para o Enfermeiro, utente e família. Este estudo, através de uma pesquisa bibliográfica, objetivou realizar um levantamento das publicações produzidas a partir de 1990 acerca da comunicação entre o Enfermeiro, a família e o utente crítico. A análise dos artigos mostrou que há necessidade de se implementar ações de forma a refinar a comunicação Enfermeiro e o utente, assim como a sistematização das orientações de modo a atender as necessidades dos familiares nesta situação assim como a comunicação efetiva nesta tríade.</p>	IX
---	----

2 – LIVROS A CONSULTAR

1. **Diogo, P. (2015).** *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar.* 2.^a Edição. Loures: Lusociência.

Resumo: O presente livro nasceu do processo de doutoramento da autora, que desenvolveu um trabalho em conjunto com os Enfermeiros, as crianças e os seus pais, cujo objetivo é perceber a gestão das emoções pelos Enfermeiros na prestação de cuidados. Este trabalho de investigação tem em vista o desenvolvimento da intervenção terapêutica através da gestão das emoções. A presente obra permite que os Enfermeiros se apropriem das estratégias que usam no contexto de prática clínica, com o objetivo de desenvolver competências. Também para a disciplina de Enfermagem este livro contribui para o seu desenvolvimento na medida em que alarga os horizontes para a prática do cuidar.

2. **Phaneuf, M. (2005).** *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures: Lusociência.

Resumo: o presente livro trata-se de um estudo profundo sobre a comunicação/relação/interação entre pessoas, através de um respeito incondicional pela pessoa humana, na interação que se estabelece com os outros. Após um caminho percorrido no domínio técnico-científico em Enfermagem, verificou-se uma viragem e preocupação na clarificação e afirmação do cuidar como essência da disciplina. Ao longo do livro são fornecidas ferramentas indispensáveis para facilitar a interação com o outro, ajudando no próprio ensino da comunicação, relação de ajuda e entrevista, permitindo ainda desenvolver investigação das práticas clínicas.

3. **Riley, J. B. (2012).** *Communication in Nursing (7^a Edição ed.).* Missouri: Elsevier Mosby.

Resumo: O novo milénio marca o início de um novo olhar sobre a comunicação e a sua influência em aspetos da vida de cada um de nós. A assertividade é mais necessária que nunca, numa era de gestão de cuidados, à medida que a Enfermagem expande o seu papel de advogado do utente e progride para práticas

avançadas. É importante que cada um aprenda a abrir-se aos outros, estabelecendo momentos de contacto com o utente, família e colegas. O desejo de alcançar a excelência em Enfermagem é uma motivação na aprendizagem de comportamentos indispensáveis ao prosseguimento desse mesmo objetivo. É essencial que se ponham em prática regras básicas, procurando compreender a sua importância. O primeiro passo para comunicar melhor é possuir um conjunto de conhecimentos básicos essenciais à comunicação.

4. **Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.**

Resumo: O presente livro tem como objetivo a resolução de alguns problemas conceptuais filosóficos de Enfermagem na procura de elucidar o processo do cuidar, preservando o conceito da pessoa na ciência, através de uma orientação fenomenológico-existencial e espiritual. O cuidar é estar em sintonia com os conflitos de outros indivíduos e com os danos que podem acontecer a uma raça, cultura ou civilização, sendo que o processo de Enfermagem pode constituir um grande esforço para o profissional de Enfermagem durante uma época de carácter científico e de alta tecnologia.

3 - CONTRIBUTO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A comunicação eficaz não é fácil de ser concretizada, uma vez que frequentemente é sujeita a barreiras e a dificuldades que podem constituir obstáculo à mesma, como ruídos e diálogos paralelos entre Enfermeiros, profissionais de saúde e até mesmo o utente. A importância da comunicação no cuidar é inquestionável, sendo que o sucesso dos CCF depende da extensão de formação comunicacional a todas as áreas da Enfermagem. O comprometimento da continuação deste tipo de formação, alargada aos diferentes profissionais de saúde, é essencial para a melhoria constante da qualidade dos cuidados (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009).

É igualmente importante que o Enfermeiro clarifique os seus próprios valores, o que lhe irá permitir funcionar como modo terapêutico, comprometendo-se nos cuidados que presta, reconhecendo a importância dos CCF no processo de saúde/doença em pediatria. Segundo Pereira (2008) a prática dos cuidados de Enfermagem deve ser também encarada como uma interação social, na qual o Enfermeiro comunica com outro ser, com quem se relaciona. Assim, a comunicação deve ser tema de reflexão por parte dos profissionais de saúde para obter melhores níveis de satisfação durante o processo de cuidar, tanto para o profissional, como para a pessoa de quem cuida.

A comunicação surge na Enfermagem como um instrumento indispensável, tão comum como andar ou respirar; contudo, para que exista uma comunicação eficaz é necessário conhecimento e esforço. Uma comunicação eficaz e terapêutica permite ao Enfermeiro planear, implementar e avaliar os cuidados de Enfermagem, numa relação de ajuda e parceria com o utente; pelo que o Enfermeiro deverá possuir capacidades e habilidades de observação e de comunicação, de forma a incentivar a expressão verbal do utente e criar uma relação com este. A comunicação ativa transcende a relação Enfermeiro/criança na Enfermagem pediátrica, uma vez que envolve a coordenação e cooperação de todos os elementos da equipa, família incluída, abrangendo o estudo da situação física, psíquica e social da criança e conhecendo o seu comportamento, atitudes e comunicação verbal ou não verbal (Jorge, 2004).

Desta forma, ao Enfermeiro são exigidas elevadas competências cognitivas e técnicas para garantir o êxito dos cuidados e assegurar o bem-estar da criança/família; possua

compreensão global do processo de doença, de forma a compreender e analisar a relação criança/família. Para tal, o Enfermeiro deve possuir conhecimentos sobre o processo de socialização, formação de atitudes, desenvolvimento e crescimento da criança, com conhecimentos específicos e capacidade de ensino eficaz e atitudes apropriadas para comunicar as informações necessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Crepaldi, M. A., & Varella, P. B. (Agosto- Dezembro de 2000). A Recepção da Família na Hospitalização de Crianças. (F. d. Preto, Ed.) *Paidéia* , pp. 33-39.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. 2.^a ed. Loures: Lusociência.
- Gomes, M. M., Gaiva, M. A., & Oliveira, R. D. (Jan - Jun de 2002). Concepções de um Grupo de Enfermeiras sobre Família. *Família, Saúde e Desenvolvimento* , 4 (1), pp. 60 - 67.
- Gough, J., Johnson, L., Waldron, S., Tyler, P., & Donath, S. (2009). Clinical communication: Innovative education for graduate nurses in paediatrics. (Elsevier, Ed.) *Nurse Education in Practice* (9), pp. 209-214.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* , 121, pp. e1441-e1460.
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica - Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Coimbra: Formasau.
- Neto do Nascimento, C. C. (Março de 2013). A Criança Hospitalizada: influências sociais e emocionais decorrentes da doença e da hospitalização. (Eumed.net, Ed.) *Contribuiciones a das Ciencias Sociales* .
- O'Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (July de 2008). Patient and Family Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics* , 122 (2), pp. e511-e521.
- Shields, L., Huaqiong, Z., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J., & Pascoe, E. (2012). Family-Centred care for hospitalised children aged 0-12 years (Review). *The Cochrane Collaboration* .

A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COM A FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Alexandra Salvador e Sousa¹; Paula Diogo²

1. Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. ESEL; 2. Professora Orientadora. PhD, ESEL.

A comunicação é a base de todo o Cuidado de Enfermagem, essencial para dar respostas às necessidades da unidade familiar. Investir tempo na construção de um relacionamento com a criança/família promove um sentimento de confiança e a proximidade na relação, o que irá melhorar os resultados e a satisfação nos cuidados.

PRINCÍPIOS GERAIS DA COMUNICAÇÃO

- A comunicação é omnipresente;
- É impossível não comunicar;
- A comunicação situa-se nos planos cognitivo e emotivo-afetivo;
- A comunicação é dificilmente reversível;
- Os primeiros minutos de comunicação são decisivos na relação.

Elementos Essenciais na Comunicação

Informação

Sensibilidade

Parceria

ALVOS DA RELAÇÃO DE AJUDA COM A FAMÍLIA

Gestão Emocional

Ansiedade, Stress, Medo

Sentimento de Impotência e Culpabilidade

Educação

Comunicação de informações e adaptação ao problema

Preparação para a substituição

Cuidados Centrados na Família

Colaboração

Dignidade e Respeito

Participação

Partilha de Informação

MENSAGEM DOS ENFERMEIROS



- Simples
- Clara
- Breve
- Appropriada
- Adaptável

EVOLUÇÃO DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO PROCESSO DE CUIDADOS

Fase de contacto inicial	Os enfermeiros observam, escutam e olham; tomam conhecimento, recolhem dados, tomam consciência das expetativas e das necessidades existentes.
Abordagem dos enfermeiros nas situações de cuidados	Os enfermeiros oferecem a sua presença, exprimem o seu interesse e sensibilidade, respondendo às expetativas e necessidades. Dá-se o início da relação de confiança.
Desenvolvimento da relação de confiança	A pessoa/família abre-se a esta relação de confiança com os enfermeiros, que facilita a expressão das emoções e sentimentos, e que é fundamental para desenvolver uma relação de ajuda.
Utilização da relação de ajuda	Os enfermeiros adotam o quadro de referência da pessoa/família cuidada, manifestam a sua consideração positiva, o respeito, aceitação e empatia.
Fase Conclusiva	A responsabilidade dos enfermeiros transfere-se para a criança/família, verificando-se a evolução de um processo para a autonomia e desenvolvimento.

Armelin, C. B., Wallau, R. A., Sarti, C. A., & Pereira, S. R. (2005). A comunicação entre os profissionais de Pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15 (2), pp. 45-54. Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência. Ferreira, M. d. (Maio-Junho de 2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), pp. 327-330. Institute for Family-Centered Care. (Novembro de 2014). *Institute for Family-Centered Care*. Obtido de Institute for Family-Centered Care: <http://www.ifccc.org/pdf/Care-Concepts.pdf>. Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 122, pp. e1441-e1460. Morais, G. S., Costa, S. F., Fentes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (3), pp. 323-327. Oriá, M. O., Moraes, L. M., & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2). Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. Riley, J. B. (2012). *Communication in Nursing* (7ª Edição ed.). Missouri: Elsevier Mosby. Tigulini, R. d., & Melo, M. R. (2002). A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

**A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE PEDIATRIA E
A CRIANÇA HOSPITALIZADA *****THE COMMUNICATION BETWEEN PEDIATRICS PROFESSIONALS AND THE
HOSPITALIZED CHILD***Cláudia Batagin Armelin****Rodrigo Ambros Wallau*****Cynthia Andersen Sarti†**Sonia Regina Pereira‡‡*

Armelin CB, Wallau RA, Sarti CA, Pereira SR. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. Rev Bras Cresc Desenv Hum 2005; 15(2):45-54.

Resumo: O estudo trata das dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes pediátricos em situação de hospitalização. Considerando que uma comunicação efetiva implica o reconhecimento mútuo, buscamos o ponto de vista tanto dos pacientes e seus familiares quanto dos profissionais, para entender como se dá a comunicação entre um e outro e como se estabelecem as relações entre ambos. Dado o problema da pesquisa, a metodologia é qualitativa e o método, o estudo de caso. O trabalho de campo foi desenvolvido em um hospital público universitário na cidade de São Paulo. Foram selecionadas para estudo duas crianças em idade escolar e que permanecessem internadas por um período maior do que uma semana. Foi feito um acompanhamento sistemático de cada uma das crianças, por meio da técnica de observação, e foram entrevistados seus acompanhantes e os profissionais envolvidos em seu cuidado e tratamento, englobando parte significativa do universo de comunicação interpessoal da criança hospitalizada. Verificamos que a comunicação se estabelece preferencialmente entre o profissional e o acompanhante, em função da criança, mas nem sempre com a participação desta, deixando a criança em um plano secundário no campo das relações.

Palavras-chave: Comunicação. Criança hospitalizada. Relação profissional-paciente. Cuidado infantil. Pediatria.

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como problema de investigação as dificuldades de comunicação observadas entre os profissionais da saúde e o paciente pediátrico e seu acompanhante no âmbito da hospitalização.

A repercussão emocional deste fato para

a criança tem sido, de modo geral, pouco considerada no meio pediátrico. No entanto, trabalhos de profissionais de diversas áreas, publicados desde a década de 1930, revelam a crescente preocupação com a questão da saúde mental da criança, durante e após a hospitalização. Bordin e Corrêa¹ demonstraram que a doença, como qualquer situação de crise, altera a

* Artigo baseado na pesquisa de Iniciação Científica, "A comunicação entre os profissionais, o paciente e o acompanhante e suas repercussões na assistência à criança hospitalizada", Deptos de Medicina Preventiva e de Enfermagem da UNIFESP, apoio Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

** Aluna do Curso de Medicina da UNIFESP, bolsista PIBIC-FAPESP. cbarmelin@hotmail.com.

*** Aluno do Curso de Medicina da UNIFESP, bolsista PIBIC-FAPESP. rwallau@hotmail.com.

† Professora. Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva UNIFESP e orientadora. csarti@uol.com.br.

‡‡ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UNIFESP e co-orientadora. sore@denf.epm.br

vida da criança e de sua família, gerando ansiedade. A necessidade de hospitalização é um fator agravante, que pode constituir uma experiência bastante difícil para o paciente pediátrico e sua família. Essa vivência pode levar tanto a um amadurecimento e, a um maior desenvolvimento psíquico, como resultar em prejuízo para o desenvolvimento físico e mental da criança.

O sucesso no enfrentamento da doença depende de muitos fatores, entre os quais estão as concepções da criança, da família e da própria equipe de saúde relativas à doença e às chances de recuperação². Considerando a afirmação de Tosta³, podemos dizer que o modo como cada pessoa enfrenta a doença depende dos recursos de que dispõe para obter conhecimento sobre sua doença e sua experiência de hospitalização e, assim, enfrentar da melhor maneira, que lhe for possível, os conflitos gerados.

Para tanto, Sadala⁴ afirma que a elaboração da forma de viver essas situações, pela criança, pode se dar pela oportunidade de expressar os seus sentimentos em relação a experiências vividas como traumáticas, dando vazão à ansiedade, à raiva e à hostilidade, o que requer recursos disponíveis para que a criança se manifeste. Essa ajuda poderá ser proporcionada por um relacionamento que permita alguma estabilidade e algum vínculo, dadas as características particulares de dependência que a criança apresenta com relação aos profissionais que a rodeiam durante a hospitalização.

Na relação entre o profissional e o paciente, Viegas⁵ enfatiza a necessidade de credibilidade e sensibilidade para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica. Esta exige, segundo Hofling et al.⁶, alguns elementos básicos por parte do profissional: empatia e envolvimento com o paciente, além do sentimento de confiança entre ambas as partes.

A necessidade desta comunicação é enfatizada, ainda, no trabalho de Bodin e Corrêa¹, que estabelece uma associação entre a ansiedade da criança hospitalizada e a distância

na relação entre o médico e o paciente, o que impede a percepção clara por parte da criança da realidade por ela vivida.

Uma comunicação efetiva implica o reconhecimento mútuo. Diz respeito à concepção de cada um sobre si e sobre o outro. Envolve, portanto, uma relação entre dois sujeitos. Assim, considerando a importância da comunicação nas relações humanas e a particularidade da situação de hospitalização, a indagação desse trabalho refere-se às formas de comunicação entre os profissionais, o/a paciente e seu acompanhante, no âmbito da enfermagem pediátrica, uma vez que, tal como afirma a literatura^{1,4,8,9}, as relações estabelecidas são decisivas para o tratamento e a recuperação da doença e para uma qualidade de vida suficientemente boa - parafraseando Winnicott, ao se referir à mãe "suficientemente boa", distante de qualquer idealização⁷.

Dado o problema do estudo, nosso objetivo foi o de observar e analisar como acontece a comunicação entre a criança, o acompanhante e o profissional da saúde em uma enfermagem pediátrica; e, ainda, avaliar se a indagação dos pesquisadores era considerada um problema para os protagonistas da situação estudada.

MÉTODOS

A Pesquisa

O estudo foi realizado em enfermarias pediátricas de um hospital público universitário da cidade de São Paulo. O método aplicado foi o do "estudo de caso", tal como formulado pelas ciências sociais, que toma como unidade de análise não necessariamente um caso individual, como acontece na pesquisa médica e psicológica, mas uma situação socialmente delimitada, ou seja, uma organização ou comunidade¹⁰. Assim, definimos a enfermagem pediátrica como o caso a ser estudado, em sua organização e nas relações que se desenvolvem neste

âmbito hospitalar.

Para a coleta dos dados que permitissem responder nossos questionamentos, dividimos o trabalho de campo em duas fases. Na primeira, fizemos a observação da dinâmica na enfermaria, com o intuito de conhecer o funcionamento da mesma, pois entendemos que só a partir do momento que conhecêssemos como as pessoas se relacionam e o lugar de cada uma delas na organização do trabalho, é que poderíamos fazer uma análise mais específica da comunicação existente entre elas. A etapa de observação foi realizada por ambos pesquisadores de iniciação científica, no período de janeiro a março de 2002, nos turnos da manhã e da tarde.[†] Tais observações realizaram-se em todo o espaço que constitui o serviço de atendimento das enfermarias de clínicas pediátricas: nos quartos, na sala de reunião dos médicos, nos corredores e no anfiteatro.

Quando obtivemos uma visão geral do funcionamento do serviço e dos aspectos relevantes para a comunicação, na enfermaria, passamos à segunda fase, com o objetivo de escutar os protagonistas das cenas observadas, a fim de realizar uma análise mais específica e aprofundada da comunicação da criança e seu acompanhante com os profissionais que lhes prestavam assistência. Para tanto, foi feito um acompanhamento sistemático de duas crianças – uma por cada pesquisador –, incluindo entrevistas com seus acompanhantes e com os profissionais que as atendiam.

Os critérios para seleção das crianças foram: idade maior que sete anos, que corresponde à idade escolar, pois, segundo Piaget¹⁵, em torno desta idade a criança deixa para trás o pensamento concreto e passa a ter a capacidade de representar a realidade e a refletir abstratamente sobre ela^{16,17}, facilitando a comunicação requerida pelas técnicas utilizadas; e pe-

ríodo de internação na enfermaria não inferior a uma semana, a partir do primeiro contato do pesquisador com a criança em questão, o que permitiria uma convivência, condição para a interação necessária à realização das entrevistas. Para tal, foi perguntado aos responsáveis pelas enfermarias quais seriam as crianças que permaneceriam o tempo necessário para coleta dos dados e quais seriam as crianças que porventura aceitariam participar do estudo.

Após selecionar as crianças hospitalizadas e obter o consentimento dos responsáveis por elas, mediante a assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” – conforme exigência do Ministério da Saúde, em sua Resolução nº 196 sobre pesquisas envolvendo seres humanos –, passamos aos procedimentos metodológicos previstos. Foram entrevistados os principais acompanhantes da criança durante a internação e todos os profissionais das enfermarias que entraram em contato direto com a criança durante o período de acompanhamento da mesma. As entrevistas eram abertas, com roteiro prévio – distinto para cada informante: acompanhante ou profissional –, foram gravadas e transcritas na íntegra.

Para análise dos dados coletados, foi feita a “triangulação” das informações das distintas fontes, tanto dos registros dos prontuários, como da observação e das entrevistas¹⁸, seguindo o caminho proposto por Becker¹⁰ para analisar o material de campo: começar por fazer a seleção e a definição dos problemas, verificar a frequência e distribuição dos fenômenos e incorporar as descobertas individuais. No entanto, essa seqüência é apenas um recurso para organização dos dados, porque, na prática de pesquisa baseada em observação, essas fases ocorrem simultaneamente, não sendo possível separá-las de forma estanque, porque a análise começa a ser feita enquanto o pesquisa-

[†] Para essa etapa da pesquisa, foi feita a leitura orientada de textos que subsidiassem o trabalho de observação, de acordo com os procedimentos metodológicos das ciências sociais¹⁰⁻¹⁴.

dor está coletando os dados. Assim, utilizamos articuladamente todo o material coletado, integrando os dados na apresentação dos resultados, que correspondem aos principais problemas levantados pelo trabalho de campo.

As crianças selecionadas, Denis e Reginaldo (nomes fictícios, para garantir o anonimato dos entrevistados), tinham doze e catorze anos respectivamente. Ambas crianças dispuseram-se a participar da pesquisa e a escolha resultou favorável uma vez que nessa faixa etária percebe-se uma flexibilização no modo de pensar, característica deste momento de vida, que fornece uma riqueza imensa ao conteúdo pensado, que, daí em diante ocorrerá no plano das idéias, desvinculando-as das situações vividas, podendo refletir sobre elas e emitir opiniões¹⁷ Tanto Denis, como Reginaldo eram estudantes em escolas públicas. Denis estava internado pela primeira vez, devido a um quadro infeccioso agudo (osteomielite), enquanto Reginaldo apresentava uma experiência de internações recorrentes por complicações de anemia falciforme. A patologia não foi um fator determinante na escolha dos entrevistados, mas sim a diversidade na experiência de hospitalização, que permitiu a comparação da comunicação nas duas situações. O acompanhante principal nos dois casos foi a mãe, substituída em alguns momentos pela tia materna (caso do Denis) e pelo irmão (caso do Reginaldo).^{††} Esclarecemos que no hospital onde foi realizado o estudo, adota-se a regra de não apenas permitir, mas também solicitar a presença de um acompanhante durante a internação da criança.

Para a busca de informações com as crianças, o trabalho iniciou-se pelo desenvolvimen-

to da relação de empatia e confiança com as mesmas, valendo-se, cada pesquisador, de métodos próprios e pertinentes para a abordagem que consistia em sucessivas visitas a criança. Após o estabelecimento do vínculo de confiança entre o pesquisador e a criança, pudemos levantar as informações desejadas, realizando entrevistas abertas, gravadas em fita cassete e transcritas (além do uso da técnica do desenho, não incorporada no presente estudo).

Foram entrevistados três médicos, três enfermeiras, cinco auxiliares de enfermagem, uma psicopedagoga, uma recreacionista, as duas crianças e quatro acompanhantes (as mães, a tia materna de Denis e o irmão de Reginaldo) duas crianças selecionadas, totalizando 19 entrevistas.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A concepção que norteia o trabalho na Enfermaria de Pediatria estudada foi retratada por um dos profissionais de saúde que ali trabalham: *nós aqui da pediatria trabalhamos em uma equipe multiprofissional, todos os profissionais trabalhando para o bem do paciente* (enfermeira). Observamos que existe, de fato, uma interação entre os profissionais e uma busca de um atendimento de qualidade para as crianças internadas: *eu acho que, para mim, a equipe tem que ter interprofissionais, para a gente tentar ver realmente os aspectos do paciente, do ser humano que está aí sob todos os ânguloseu acredito na equipe que tenha este olhar (...) eu acho que a escola busca essa humanização, que é bem*

^{††} A mãe de Reginaldo era solteira, empregada doméstica (diarista), cursava o ensino médio, tinha 35 anos à época e mais quatro filhos; a filha mais velha, de 19 anos, estava grávida no momento da pesquisa. Seu pai era uma figura ausente, tanto da situação de hospitalização como na fala dos entrevistados. Denis era filho de pais separados, morava com a mãe, uma irmã mais nova e um irmão adotivo; sua mãe tinha 44 anos, estava desempregada à época, sobrevivendo com ajuda da família, segundo seu relato. Era copeira, com ensino básico completo. O pai de Denis trabalhava como segurança à noite, tinha uma outra filha de um segundo casamento; durante a pesquisa, foi “visitar” o filho no hospital uma vez, não configurando uma situação de acompanhante em momento algum.

por aí, você ser visto em todas as suas necessidades e as suas facetas também (psicopedagoga).

Essa busca por qualidade no atendimento não se refere apenas à criança, mas à família desta também. Há, por parte dos profissionais, uma forte referência ao mundo familiar da criança, que os leva à identificação da figura da criança com a do acompanhante, como se fossem um, sendo que esta unidade, no caso, corresponde à idéia de família. Pensa-se que o bem estar de um depende do bem estar do outro, e, assim, há uma preocupação com a garantia da qualidade de vida da família, não apenas da criança hospitalizada, como é expresso pela fala de uma enfermeira: *A gente em pediatria não pode dissociar a criança dos familiares, não pode porque é um binômio a gente fala, não é só a criança, tem que ver a criança e a família. (...) a gente gostaria que fosse uma coisa tranqüila, que a criança se visse internada, mas ainda percebe a presença dos irmãos, dos priminhos, a gente tenta liberar isso.*

Os profissionais da enfermagem relatam ter um bom relacionamento com os acompanhantes das crianças internadas. Eles afirmam que a presença do acompanhante é fundamental para a criança, para o cuidado e a garantia da qualidade de vida desta, como argumentado na literatura^{19,20}. Segundo um médico, *tinha crianças que não tinham acompanhante num setor que eu fiquei. Ah, elas são super carentes. Não têm com quem conversar direito, ficava isolada. Depende da idade. Depende da idade da criança. As menorzinhas eu acho que sentem muita falta.*

Dentro da concepção do paciente pediátrico como parte da unidade familiar, o acompanhante também é fundamental para que o profissional possa se aproximar da criança. Este procura primeiro conquistar a confiança do acompanhante, o que, acredita, permite uma abordagem mais segura e garantida da criança. Percebemos, então, que os profissionais não

abordam, diretamente, a criança, o que reitera a concepção da criança, por parte do profissional, como um ser que não se separa da família na qual se insere. A criança está sempre associada à figura da mãe/acompanhante. Como expressou uma psicopedagoga: *para mim, para chegar no paciente eu tenho que passar pelo acompanhante, então assim, eu procuro primeiro fazer uma grande relação com os acompanhantes, também porque através da... porque a criança confia muito no acompanhante que ela tem, então se o acompanhante vai com a cara do profissional a criança também vai.*

A qualidade do atendimento não é apenas expresso como um desejo e um realidade dos profissionais, mas também dos acompanhantes, que declaram ser bem atendidos nesta enfermagem de pediatria, principalmente quando comparados com outros serviços de saúde conhecidos: *o atendimento... ele [a criança] é bem tratado no hospital (...), faz todos os exames que precisa ser feito, precisa internar, ele fica internado, os médicos sempre tá certinho ali em cima, as enfermeiras também.*

Quanto à comunicação em si, os profissionais de saúde da unidade de pediatria estudada dizem ter um bom relacionamento com os acompanhantes das crianças internadas: *O meu relacionamento com a mãe do Reginaldo eu acredito ser muito bom, é ela quem sempre me procura quando precisa de algo, a gente tem assim até uma cumplicidade, uma brincadeira, vez ou outra a gente tá brincando.*

Por outro lado, os funcionários, em geral auxiliares de enfermagem - que estão numa posição hierárquica inferior na equipe de saúde, sem a mesma qualificação profissional dos médicos, enfermeiros, pedagogos ou psicólogos e, assim, mais próximos dos pacientes, pela condição social semelhante à dos usuários dos serviços públicos - relatam que esses mesmos acompanhantes são a fonte de diversos conflitos na enfermagem, quando, por exemplo, eles

tentam interferir no trabalho da equipe, opinando nos cuidados com a criança realizados pelos profissionais. Como relatou uma auxiliar de enfermagem: *ela [a mãe] não quer nem que você chegue perto da criança. Como que você vai cuidar? E demora pra ela aceitar. Não é fácil. Outras mães elas.. a criança tá aqui, ela põe uma cadeira ali, estica a perna.. pra você chegar, você entrar, sair, é difícil. Às vezes, não é como a gente deveria fazer, tem que ser como ela quer e isso atrapalha. Isso que atrapalha: é como ela quer! Tem mãe que quer do jeito dela! Quando já tá há muitos meses aqui reclama... a gente não leva em consideração o que elas falam, a gente ouve e passa para frente, fica quieta, como eu, eu ouço falar e falar e fico quieta, se reclamar alguma coisa, fico quieta. Às vezes, elas falam assim, não é aquilo que elas falam... É assim: a mãe que fica aqui, eu acho, fica três meses, já está acostumada a ver uma medicação, daí, ela reclama, mas cada funcionário tem um jeito de colocar a medicação.*

Os conflitos tendem a aumentar quanto maior o tempo de internação, uma vez que os acompanhantes mudam o seu comportamento na enfermaria, interferem mais no trabalho da equipe, passando a fazer parte da dinâmica do local. Reclamam com mais frequência, desgastados pelo tempo de hospitalização do filho, diante dos problemas que esta situação acarreta na vida pessoal e familiar.

Frente aos conflitos mencionados, os próprios profissionais e funcionários tentam buscar explicações que justifiquem os desentendimentos com os acompanhantes, tais como a situação de hospitalização que traz angústia e ansiedade^{1,9,21}, a patologia da criança, ou sua evolução durante a internação: *Até acho que tem tudo isso, é uma série de coisas. Acho que a angústia da mãe, de tá vendo o filho doente, que não é fácil, internado, já não é fácil ver doente, imagina doente e internado; então,*

acho que isso angustia, no sentido de estar num lugar que não é a casa dela, de repente está desconfortável, não dorme bem, tem outras crianças no quarto, choram, sei lá, é a luz que ascende, a enfermeira que entra, etc., né? É... as vezes a própria patologia da criança, é uma coisa complicada (médico).

Para além da particularidade da situação de hospitalização, os profissionais buscam também respostas para os conflitos nas próprias relações humanas, sobretudo no que se refere às divergências quanto aos valores das diversas pessoas que interagem na enfermaria de pediatria, como foi explicitado na fala de uma enfermeira: *você lida com gente, é muito difícil. Então, às vezes, temtem algum tipo de coisa nesse sentido. De algumas mães serem mais questionadoras, outras mães serem mais exigentes, outras mães serem mais, como é o caso das adolescentes, mais é... liberal ...querem fazer algumas coisas que nem sempre poderiam, então é difícil porque você está lidando com vários tipos de pessoas, com os pais, com os funcionários, que tem culturas, valores diferentes, é difícil, muitas vezes os valores se chocam, e você tem que dar uma de mediadora, tem que usar muito bom senso, tem que ver é ...é um funcionário não aceita que a mãe vá embora e você tem que explicar que isto não é uma prisão, então é esse tipo de coisa...*

Os profissionais trabalham frequentemente com imagens pré-concebidas do que sejam “boas mães”, as que colaboram com a equipe, que cumprem as funções que lhes são designadas, em contraposição àquelas que geram conflitos na enfermaria e são *difíceis de lidar, questionadoras*. Diante dessas acompanhantes, consideradas difíceis, os profissionais procuram *não se envolver muito*, numa postura de evitar o conflito, deixam-nas reclamar sem respostas, o que estabelece um contato menor, dificultando a aproximação. Percebemos que o cuidado exercido pelo profissional e sua disposição para co-

municar-se e se relacionar dependem de como o paciente e seu acompanhante se comportam, enfim, do julgamento moral que deles faz o profissional. Neste sentido, Helman² ressalta como o comportamento do paciente condiciona a reação do profissional: “as pessoas com dor obtêm o máximo de atenção e solidariedade se seu comportamento corresponder à visão social de como devem fazê-lo” (p. 172).

Os profissionais dizem que “explicam tudo”. Observamos, entretanto, que, apesar das intenções, nem sempre isto acontece, uma vez que a “explicação” quase sempre utiliza um código de linguagem de domínio do profissional, que não necessariamente considera a forma como esta foi recebida. Vivenciamos uma situação em que o médico afirmava: *mas ele, pra mãe dele, tudo, eu me dava bem com eles sempre expliquei tudo... pros pais dele, pra quem viesse aí me perguntar essas coisas; e eu acho que eu sempre fui claro com ela ... Fui claro, ela vinha perguntar as coisa pra mim, sem problemas. Eu acho que ela... não sei se ela tem alguma queixa de mim. Eu sempre procurei deixar bem claro o que tava acontecendo.* No entanto, essa mãe durante o período em que foi visitada pelo pesquisador para a interação com o seu filho, várias vezes se mostrou angustiada por não saber o que ia acontecer com o seu filho, uma vez que um dos médicos dizia uma data para a alta hospitalar e outro lhe dizia para *esquecer da alta que ia demorar.* Esta mãe não foi esclarecida sobre o porquê da demora do resultado dos exames, dos quais dependia a previsão de alta, apesar de manifestar-se a esse respeito.

Em relação à comunicação dos profissionais com o paciente pediátrico, a maioria dos profissionais respondeu positivamente à pergunta: “como você vê sua relação com as crianças internadas? Disseram, de modo geral, ter um bom relacionamento: *sei lá, uns 70% eu me dou muito bem e consigo até às vezes tirar ela do mau humor que ela tá.. por tá aqui,*

né? Ninguém gosta de tá no hospital. Aí as outras, às vezes tá meio ruim, é meio muito.. é... sabe...chorona, não é chorona a palavra, é manhosa, com muita manha daí, aí fica mais difícil assim, agora... abriu uma brechinha pra mim, eu acabo me dando muito bem com ela.

Foi ressaltado pelos profissionais que a relação com as crianças era modificada pela presença dos pais, reafirmando que uma boa relação com os pais era fundamental para uma boa relação com as crianças: (...) *e a criança também, ela muda bastante quando os pais estão juntos. Quando tá sozinha é uma coisa, quando tá junto é outra. Mas se eles também vêm que a gente se relaciona bem com os pais, isso melhora.*

As relações que a equipe médica e a de enfermagem estabeleceram com as duas crianças selecionadas para este estudo se mostraram bastante diferentes, em cada caso, de acordo com o relato dos profissionais. Com relação ao Denis, os profissionais ressaltaram o fato de ele ser maior que as outras crianças, além *das características de sua personalidade*, como fatores que dificultavam a relação: *o Denis já era maior, então, eu não brincava tanto com ele como eu brincava com os de seis anos, cinco anos.*

O mesmo fator, a idade avançada, adquire outra conotação no caso de Reginaldo. Sua idade era vista pelo médico que o acompanhava como um fator positivo, facilitador da relação: *Ele já tem catorze anos, então, é um relacionamento diferente. Com uma criança pequena você depende mais da mãe pra te dar as informações, no caso dele, eu conversava diretamente com ele, não tinha intermediários (...)* *E, acho que meu relacionamento com ele foi muito bom, muito positivo assim, foi muito legal.*

Os depoimentos dos profissionais, sobretudo médicos pediatras, mostram o quanto a percepção da possibilidade de comunicação

entre profissional e paciente está condicionada à linguagem oral, limitando a disposição do profissional frente a crianças menores, com quem apenas “se brinca”, dados seus limites quanto às formas de expressão verbal próprias do mundo adulto. Desconsidera-se o potencial de comunicação que a brincadeira encerra²², por configurar a forma de expressão infantil, por excelência, por meio da qual a criança manifesta sua própria percepção da doença e da dor que sente.

Observamos, entretanto, que o diálogo dos médicos, mesmo no caso do Denis - com quem *conversava diretamente, sem intermediários* - foi bastante limitado, focalizado na busca de fatores desencadeantes da doença e dos sinais perceptíveis da doença, segundo o conhecimento biomédico que informa a prática de saúde. A busca dos sintomas, expressos pelo paciente, resumiam-se a conversas a respeito da doença realizadas frequentemente apenas com a mãe.

A maior proximidade dos profissionais com o Reginaldo pode ser atribuída ao tempo de internação, mais prolongado que o de Denis; não era sua primeira internação no hospital e ele necessitava ir ao hospital regularmente, devido às características de sua doença. Grande parte dos profissionais entrevistados, em relação ao Reginaldo, já tinha uma familiaridade com ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em mente que o objetivo do nosso estudo foi o de analisar como ocorre a comunicação entre a criança, o acompanhante e o profissional da saúde na enfermaria pediátrica de um hospital escola; e avaliar se a indagação inicial que motivou esta pesquisa é considerada um problema para os protagonistas da situação estudada, podemos fazer algumas considerações.

Percebemos que a comunicação é valorizada, em princípio, pelos protagonistas da enfermaria. Os profissionais da saúde demonstram uma real preocupação com o cuidado da criança, bem como os acompanhantes, que procuram questionar o que está ocorrendo com sua criança. No entanto, pode-se dizer que nossos pressupostos não são de fato, vividos como problema, quer pelos profissionais, quer pelos acompanhantes, na medida em que falhas na comunicação existente entre eles não são reconhecidas nas suas falas, e, quando porventura o são, não são consideradas como um problema da assistência à saúde, nem vistas como empecilhos para sua eficácia. Quando os profissionais diziam que informavam o acompanhante, revelava-se uma ação unilateral, uma vez que nem sempre se preocupavam com a forma como era entendida a informação. O suposto informado permanecia sem entender o que estava acontecendo, o que gerava angústia e desentendimentos nas relações.

Observamos que embora a criança seja o ator principal neste cenário, ou seja, é ela que está doente e necessita estar internada, esta não é percebida como sujeito da ação, a ser incluído na relação estabelecida pela equipe com a pessoa responsável pela criança. Os profissionais estão lá para cuidar da criança; entretanto, para efetivar seu trabalho, necessitam da intermediação de outro adulto, afetivamente relacionado à criança, que quase sempre é a mãe, alegando-se que é nesta que a criança confia.

A prática pediátrica assenta-se, assim, sobre os elos de confiança entre a mãe e a criança, quando esses existem. Tomando esses elos como pressupostos e contando com eles para a eficácia de seu tratamento, o profissional tende a não buscar estabelecer diretamente com a criança uma relação de confiança, tendência reforçada pelo comportamento da mãe, que muitas vezes dificulta ou impede essa relação. Essa atitude implica que a comunicação entre profissional e paciente pediátrico depende da

relação da criança com a mãe/acompanhante, evidenciando os limites da relação de assistência à saúde, sobretudo quando não houver entre a criança e seus familiares um vínculo saudável, que poderia ser trabalhado pelo profissional no atendimento.

Concluímos, então, que a comunicação se estabelece preferencialmente entre o profissional e o acompanhante, em função da criança, mas nem sempre com a participação desta. Seja na intenção do acompanhante manter a criança “protegida” da situação vivida, ou por uma dificuldade do próprio profissional em perceber a criança como um ser individualizado, um sujeito em desenvolvimento, mas com existência própria, o personagem central de nossa

discussão era, muitas vezes, deixado à parte na construção das relações. Os profissionais de saúde que atuam em pediatria ao buscar o elo de confiança com a mãe/acompanhante para aproximar-se da criança, tendem a relegar a criança a plano secundário, privilegiando a relação com a mãe.

Vemos, assim, que a forma de comunicação dos profissionais com a criança e seus acompanhantes se reflete diretamente na qualidade de vida da criança dentro do hospital, uma vez que a criança, em vez de uma relação direta com o profissional, fica na dependência da relação deste com o acompanhante, comprometendo o que poderia ser um vínculo enriquecedor para ambos, profissional e paciente pediátrico.

Abstract: The research deals with difficulties in the communication between health professionals and pediatrics patients, under hospitalization conditions. Considering that an effective communication involves mutual recognition, the research focused both patients and professionals, in order to understand the communication between each other and the ways they interact. Given the problem stated, the methodology is qualitative and the method, the case study. The field research was developed in a public university hospital in the city of São Paulo. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada Two children were chosen for study according to the following criteria: in school age and staying in the hospital over one week. A systematic tracking of these two children was made, through observation and the family members and professionals involved in the children’s care and treatment were interviewed, covering most of the children interpersonal relations in the hospital. We observed that the communication was established preferably between professionals and the children’s family members, but not necessarily with the children’s participation, living then on a secondary level in the relationship.

Key words: Communication. Hospitalized child. Professional-patient relationship. Child care. Pediatrics.

REFERÊNCIAS

1. Bordin IAS, Corrêa MCMR. Ansiedade da criança hospitalizada: ausência ou dificuldade na relação equipe-paciente? Revista Paulista de Pediatria 1990; 29:67-70.
2. Helman CG. 2ª ed. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
3. Tosta RM. A atividade lúdica da criança no contexto da internação hospitalar. Boletim Clínico da Faculdade de Psicologia da PUC-SP; 1997.
4. Sadala MLA, Antônio ALO. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas de medidas terapêuticas. Revista Latino Americana de Enfermagem 1995; 3(2): 93-106.
5. Viegas D. Relação pediatra-paciente. Revista Sinopse de Pediatria, 2000; 3.
6. Hofling CK et al. Enfermaria psiquiátrica. 2ª ed. México: Interamericana; 1970.
7. Winnicott DW. A criança e o seu mundo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.
8. Ruesch J. Comunicación terapéutica. Buenos Aires: Paidós; 1964.
9. Mouth RG, Silva SLA. Repercussões psicológicas da hospitalização na criança e sua família. Pediatria Moderna 1984;19(8):387-91.
10. Becker H. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec; 1994.

11. Da Matta R. O ofício do etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: Nunes E, organizador. A aventura sociológica: objetividade, paixão, imprevisto e método de pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 23-35.
12. Foot-Whyte W. Treinando a observação participante. In: Guimarães AZ, organizadora. Desvendando máscaras sociais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1980. p.77-86.
13. Sarti CA. Porque usar técnicas etnográficas no mapeamento. In: Lescher AD, Sarti CA, Bedoian G, Adorno RCF, Silva SL. Cartografia de uma rede. reflexões sobre um mapeamento da circulação de crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo. São Paulo/Brasília: Projeto Quixote-UNIFESP/FSP-USP/Fundo das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas-UNDCP/Ministério da Saúde-Governo Federal; 1998. p.3-7.
14. Velho G. Observando o familiar. In: Nunes EO, organizador. A aventura sociológica: objetividade, paixão, imprevisto e método de pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 37-46.
15. Piaget J. A equilibração das estruturas cognitivas. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
16. Rappaport CR, Fiori WR, Davis C. Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais. Vol. 1. São Paulo: EPU; 1981.
17. Pereira SR. (Re)Construindo o hospital: a ótica da criança portadora de doença renal crônica. [tese]. São Paulo (SP): Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UNIFESP; 1999.
18. Vítora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
19. Santos MER. (organizadora) O impacto emocional da hospitalização da criança. J. Ped 1984; 56(5):341-44.
20. Santos MER. A hospitalização da criança: a visão do familiar. J. Ped 1984; 56(6):391-94.
21. Trezza EMC, Trezza E. Prejuízos emocionais à criança hospitalizada. Pediatria 1985;7:181-83.
22. Huizinga J. *Homo ludens*. 4ª ed. bras. São Paulo: Perspectiva; 1996 [1938].

Enviado em 10/03/2005
Modificado em 10/05/2005
Aprovado em 16/05/2005

A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem

Communication in care: a fundamental task in nursing

La comunicación en la atención: una cuestión fundamental en enfermería

Márcia de Assunção Ferreira

Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Doutorado da EEAN/UFRJ (Gestão 2004-2006). Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Gestão 2003-2005). Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Trabalho derivado do projeto de pesquisa apoiado pela FAPERJ com a concessão de duas bolsas de IC: "A dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem em uma instituição hospitalar: implicações para a enfermagem fundamental". Linha de pesquisa "Fundamentos do cuidado de enfermagem", do Núcleo de Pesquisa em Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte) do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

RESUMO

A pesquisa discute a comunicação como instrumento básico do cuidado, articulado à dinâmica de cuidar e aos cuidados no hospital. Foram feitas entrevistas, observações participantes e consultas aos prontuários. Aplicou-se a descrição densa e análise temática. Diversas formas de comunicação foram identificadas: verbais e não-verbais. Sobressaiu a forma como o profissional abordava e se comunicava com o cliente, imprimindo mais ou menos atenção e carinho. A interação no cuidado emergiu dos encontros e conversas entre os profissionais e clientes, integrando-os ao cuidado. O ato de conversar é fundamental no cuidado. Seja de conteúdo técnico ou lúdico, a conversa implica em comunicação, que comporta interação, linguagem, gestos e cognição. Daí a sua importância para a enfermagem, arte e ciência do cuidado.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Comunicação; Linguagem.

ABSTRACT

The research debates the communication as basic instrument of the attention, articulated to the dynamic of the care and of the attention in the hospital. Interviews had been made, participant observation and consult to promptuaries. It was applied dense description and thematic analysis. It was identified diverse forms of communication: verbal and nonverbal. It was stood out the form as the professional approached and communicated with the customer, printing more or little attention and affection. The interaction in the attention emerged of the meeting and colloquies among the professionals and customers, integrating them to the attention. The act of talk is basic in the attention. Either of technician or ludic content, the colloquy implies in communication, that holds interaction, language, gestures and cognition. From there its importance for the nursing, art and science of the attention.

Descriptors: Nursing care; Communication; Language.

RESUMEN

La investigación discute la comunicación como instrumento básico del cuidado, articulado a la dinámica de cuidar y a los cuidados en el hospital. Se hicieron entrevistas, observaciones participativas y consultas de prontuarios. Se aplicó la descripción de carácter minuciosa (descripción densa) y el análisis temático. Se identificaron diversas formas de comunicación: verbales y non-verbales. Sobresalió la forma como el profesional abordaba y se comunicaba con el cliente, imprimiendo más o menos cariño. La interacción en el cuidado emergió de los encuentros y conversaciones entre los profesionales y clientes, integrándolos al cuidado. El acto de conversar es fundamental en el cuidado. Sea de contenido técnico o lúdico, la conversación implica comunicación, que abarca interacción, lenguaje, gestos y cognición. Allí radica su importancia para la enfermería, arte y ciencia del cuidado.

Descritores: Atención de enfermería; Comunicación; Lenguaje.

Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3):327-30.

1. INTRODUÇÃO

Com o intuito de ampliar o conceito de cuidados fundamentais em enfermagem, tenho me ocupado com pesquisas que tratam, principalmente, da dinâmica de cuidar e dos cuidados de enfermagem, em especial, nas instituições hospitalares, estabelecendo os nexos com as tecnologias de cuidado e o cuidado humano. A finalidade é contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem que venham ao encontro das necessidades e desejos da clientela.

O ponto de partida é o entendimento da **enfermagem** como uma ciência humana, empenhada no cuidar da pessoa sadia ou doente. O ato de **cuidar** implica no estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações, as quais denominamos

Submissão: 23/08/2005

Aprovação: 05/02/2006

cuidados, que é a verdadeira essência da enfermagem. Isto porque ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como também sensível, que envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala. Ação que envolve a sensibilidade própria dos sentidos e também a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação. **Cuidar** implica, também, em intervir no corpo do outro, no seu espaço íntimo^{a(1)}, seja na realização do cuidado direto como no indireto. Assim, seja ele técnico ou expressivo, da esfera psicológica ou espiritual, se expressará no corpo do cliente através dos seus gestos, movimentos, ações e reações. As respostas objetivas ao cuidado prestado devem ser buscadas na expressão do cliente, nas suas opiniões e gestos, através da comunicação não-verbal.

2. A PROBLEMÁTICA, O OBJETO, OS OBJETIVOS E A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA

O fato de considerar a enfermagem uma ciência humana, indica que a abordagem humanística figura como elemento de destaque no cuidar das pessoas. A opção por esse conceito apoiou-se em Waldow^(2,3) e Watson⁽⁴⁾. Penso que esse entendimento sirva de guia para a compreensão das respostas humanas e, portanto emocionais, às experiências singulares que os clientes manifestam aos cuidados de enfermagem dos quais participam. Muitas vezes, tais respostas não são verbais, mas sim, comunicadas através de comportamentos, gestos e atitudes, ou seja, respostas corporais significativas que exigem leituras objetivas, mas que também dependem da subjetividade do observador, no caso, aquele que cuida.

No cuidar em enfermagem, nesta perspectiva, não podemos ignorar as emoções, fruto do sentir humano e, desta feita, não podemos ignorar também o significado, que é fruto da atribuição de sentido pelo sujeito às ações, reações e experiências vividas. Não podemos, portanto, ignorar os sentidos que o cliente atribui à experiência de participar dos cuidados de enfermagem na instituição hospitalar. Cuidado esse experimentado como ação técnica, mas também como ação sensível já que implica em um encontro entre pessoas – aquela que cuida e aquela que participa do cuidado – em que pese a dotação da espécie humana com órgãos de sentido e emoção.

O encontro entre quem cuida e quem é cuidado se estabelece no cuidar e é permeado pela objetividade técnica do cuidado, pelo conhecimento e pela subjetividade dos sujeitos envolvidos na relação. Portanto, o cuidado tem caráter relacional, como bem afirmou Waldow⁽⁵⁾ ao examinar o conhecimento na enfermagem. A relação estabelecida no encontro entre aquele que cuida e o cliente é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação e conduz a interação entre eles. Esse encontro implica, também, em construção de conhecimento a partir de um sistema de diferenças e em um compromisso entre os sujeitos para entender tais diferenças. Os saberes, os afetos e as paixões imbricam-se entre si permeando esta relação. Ainda mais, o relacionamento com a diferença,

Envolve desejo, e é a natureza dessa condição desejante que também define a forma como uma sociedade se engaja na rede de relações humanas que permite tanto a construção dos saberes como dos sentidos, eles próprios atividades cruciais para sustentar a formação de identidades, sentimentos de pertença e o sentido de comunidade⁽⁶⁾.

O espaço intersubjetivo estabelecido entre o cliente e o profissional, portanto, é profícuo para se captar a dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem. Essa afirmação respalda-se nos conceitos já

explicitados, reforçados pelo entendimento de cuidar como intervenção direta ou indireta no corpo “atravessado pelas pulsões da sensibilidade que dependem das percepções e das representações. (...) Centro das significações (e) ponto central de referência para a construção da própria identidade⁽⁷⁾”. As relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes no cuidado, certamente, nos oferecerão subsídios para a discussão das maneiras de cuidar na enfermagem.

Desta forma, esta pesquisa tem como eixo central o pressuposto de que a qualidade da comunicação estabelecida no cuidado com o cliente reflete-se nas suas atitudes, padrões de reações e participação no seu tratamento, implicando na eficácia de tais cuidados na recuperação da sua saúde e/ou readaptação à uma nova condição de vida.

Assim, essa pesquisa, articulada ao projeto sobre **a dinâmica de cuidar e os cuidados de enfermagem na instituição hospitalar**, tem por objetivos:

- a) Caracterizar a comunicação como instrumento básico do cuidado de enfermagem;
- b) Analisar aspectos inerentes à comunicação articulados à dinâmica de cuidar dos clientes e aos cuidados implementados aos clientes, de um modo geral e aos hospitalizados em particular.
- c) Discutir a comunicação no contexto da enfermagem fundamental e, principalmente, as suas implicações nos cuidados fundamentais.

A importância da temática em tela reside no fato de que a comunicação é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz. Além disso, os aspectos inerentes à comunicação nos convidam a pensar o cuidado de enfermagem, a partir de elementos outros que não o enquadrem, somente, no discurso biomédico, pois esta é uma condição necessária (embora não suficiente) para darmos conta dos novos paradigmas de cuidar que estão surgindo no campo teórico-filosófico e também na prática mesma do cuidado que se realiza a cada dia pelas enfermeiras de cabeceira, líderes e administradoras do cuidado.

3. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

A pesquisa apóia-se no referencial teórico da enfermagem fundamental, em que pese os conceitos de enfermagem como arte e ciência do cuidado; e da antropologia, em que pese o método que foi utilizado para operacionalizar a pesquisa. O pressuposto e os objetivos formulados para a pesquisa seguem as orientações conceituais desses referenciais. Portanto, esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa e se utiliza dos conceitos formulados por Nightingale⁽⁸⁾, Waldow⁽³⁾ e Watson⁽⁹⁾ e do conceito de cultura cunhado por Geertz⁽¹⁰⁾.

3.1 Os sujeitos e o Recorte Espacial

Os sujeitos foram vinte e oito (28) clientes adultos, de ambos os sexos, internados no setor de clínica médica de um hospital universitário, público, federal. O grupo de sujeitos e o espaço foram escolhidos pela facilidade de acesso da pesquisadora, e pela possibilidade de obtenção de um quantitativo de sujeitos que dessem sustentabilidade numérica aos dados qualitativos. Foi feita solicitação formal à instituição e todas as precauções éticas foram tomadas, garantindo-se os direitos que cabem aos sujeitos que participam de pesquisas, em atendimento ao disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no item IV que trata do termo de consentimento livre e esclarecido.

O grupo de clientes pesquisados e o cenário o qual ocupava (enfermarias hospitalares) o fizeram compartilhar experiências comuns de cuidado. Por isso, as respostas individuais foram consideradas como reflexo de manifestações do grupo, do qual o sujeito compartilhou experiências e vivências pessoais ao participarem dos cuidados de enfermagem hospitalar. O conhecimento específico dos clientes sobre os cuidados vivenciados foi tomado como saber do senso comum, compartilhado por todo o grupo de sujeitos internados no mesmo espaço

^a De acordo com Hall apud Silva⁽¹⁾, o espaço íntimo é aquele que fica a uma distância de 40 cm entre as pessoas. A expressão “espaço íntimo” foi utilizada porque não se trata de distâncias nos termos físicos do espaço medido, mas sim de uma delimitação virtual do espaço que o sujeito considera como seu, do que está no âmbito das suas decisões.

de cuidado.

3.2 Técnicas Empregadas para a Coleta dos Dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram: 1) a entrevista em profundidade, na qual os sujeitos foram estimulados a falarem sobre o cuidar e os cuidados de enfermagem os quais vivenciaram; 2) a observação participante, com o objetivo de descrever a dinâmica de cuidar/cuidados nas enfermarias, tomadas como unidades de análise, e os padrões de reações dos clientes aos cuidados realizados; 3) a consulta aos registros em prontuário. Os dados provenientes da observação participante foram registrados em diário de campo, os das consultas ao prontuário em bloco de notas e os provenientes das entrevistas foram registrados por gravação em fita cassete.

3.3. Operacionalização da Análise e Interpretação dos Dados

No tratamento dos dados foi aplicada a descrição densa proposta por Geertz⁽¹⁰⁾, que vai além da descrição dos dados observados, pois o pesquisador imprime a sua interpretação ao que foi observado e busca a interpretação do sujeito para os atos e ações das quais participaram. No tratamento dos dados textuais, provenientes das entrevistas, foi feita a análise temática de conteúdo, segundo orientação de Bardin⁽¹¹⁾.

Os dados foram categorizados a partir da análise da frequência de aparição dos temas e da sua co-ocorrência. Somente foram considerados para análise aqueles resultados que tiveram presença significativa no conjunto das falas da maioria dos depoentes e, também, que foram triangulados com os dados colhidos nas outras técnicas. Para tanto, foi feita análise vertical e transversal das entrevistas com vistas à busca da densidade dos resultados, não caracterizando esta fase como uma coleção de conteúdos organizados de forma jornalística, como um conjunto de opiniões.

Para classificação dos resultados, no que tange aos cuidados de enfermagem, partiu-se da tipologia proposta por Ferreira⁽¹²⁾, já que os dados desta pesquisa confirmaram os achados anteriores da autora, em pesquisa sobre o cuidado de enfermagem em outra instituição hospitalar. Os cuidados, então, foram classificados em duas grades vertentes: técnica e expressiva. Como técnicos, congregou-se os cuidados interventivos, mais diretamente relacionados aos diversos tratamentos pelos quais os clientes foram submetidos, como por exemplo, a administração de medicamentos, as punções, cateterismo e outros. Na vertente expressiva, foram congregados cuidados que revelaram as qualidades pessoais do profissional que cuida do cliente, principalmente, no que se refere à relação interpessoal estabelecida no momento do cuidado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Levando-se em conta o objeto e objetivos da pesquisa em tela, foi recortado para análise o conjunto de cuidados expressivos que emergiram da categorização dos cuidados oriundos da observação de campo e dos conteúdos das entrevistas. Assim, destacou-se como de maior incidência nas respostas dos sujeitos, aspectos inerentes à relação interpessoal que o profissional estabelecia com eles no momento da realização do cuidado. Nesta relação, as diversas formas de comunicação ganharam significância para o cliente: tanto as verbais quanto as não verbais. Nas verbais, o que sobressaiu foi a forma como o profissional se dirigia e se comunicava com o cliente, imprimindo mais ou menos atenção e carinho, principalmente. A interação, estabelecida com o cliente no ato de cuidar, emergiu das falas, objetivamente, pela citação dos momentos de conversa que os profissionais tinham com os clientes.

Conversar com o cliente integrava-os ao cuidado, pois era o momento

no qual os clientes podiam falar sobre as suas angústias, dúvidas, sucessos e alegrias. O ato de conversar emergiu como primordial no cuidado. Seja de conteúdo técnico ou lúdico, conversar implica em se comunicar e esta ação implica em interação, linguagem, gestos e cognição. Daí a sua importância para a enfermagem, enquanto arte e ciência do cuidado e, em especial, a área de enfermagem fundamental, como instrumento básico do cuidado⁽¹³⁾.

A análise dos dados da pesquisa sobre a dinâmica de cuidar e os cuidados aos clientes hospitalizados permitiu reflexões críticas sobre a necessária vinculação da comunicação ao cuidado de enfermagem, menos nas técnicas do ato em si, e mais sobre as implicações desta arte na prática do cuidado mesmo. A enfermagem, ciência humana empenhada no cuidar da pessoa, implica em estabelecer interação entre sujeitos (enfermeira e cliente) que participam dos cuidados. E esta interação pode ser concebida como o próprio cuidado, em que pese um dos pressupostos e Watson⁽⁴⁾ na sua teoria transpessoal do cuidado: "o cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado, apenas, interpessoalmente". Quando os clientes falam da conversa, falam de uma via de mão dupla, pois se considera os sujeitos envolvidos na ação, já que este cuidado é relacional, concretizando-se sempre para e/ou com alguém. A comunicação, portanto, é um alicerce importante para que a relação de cuidado se estabeleça de forma efetiva e eficaz.

É na prática de ouvir o outro que as enfermeiras são essenciais no cuidado, pois, por muitas vezes, evidenciou-se na dinâmica de cuidar as enfermeiras darem voz aos clientes, propondo-se a ouvi-los naquilo que os afligia, respondendo com palavras que os confortavam. Tais cuidados configuram-se como verdadeiras técnicas de tratamento e cura mesmo de um mal que, via de regra, não se diagnostica nos hospitais e consultórios, qual seja, a solidão e a falta de companhia e de ter alguém para conversar. Mal este que acomete a maioria das pessoas doentes hospitalizadas, como foi possível evidenciar nos dados oriundos da observação de campo. Este dado mostrou que é, principalmente, aí que reside a complexidade do cuidar, pois cuidar do outro envolve sentir o seu espírito, o seu olhar, a sua impaciência, a sua dor, a sua revolta, as suas tristezas e também as suas alegrias. E tudo isso, lidando com as suas próprias emoções, já que as enfermeiras também são seres humanos imersos neste contexto da solidão, das tristezas, das alegrias, das insatisfações, da não valorização social e institucional do trabalho.

A comunicação remete à capacidade criativa e reflexiva do pensar. Quando estabelecemos o processo de comunicação com o outro precisamos pensar que o ato de se comunicar não se inicia e se encerra na palavra e que esta palavra não é tudo no ato da comunicação. Quando duas ou mais pessoas conversam, ambos processam as palavras e as mensagens e constroem seus próprios sentidos para aquilo que foi conversado e (re)constroem seus conhecimentos e pensam sobre outras coisas e aí sucessivamente; logo, a comunicação imprime marcas nos sujeitos. Tanto a comunicação verbal como a não verbal, pois a linguagem do corpo se expressa nos gestos, nas expressões e nas emoções.

Por isso, quando falamos do cuidado como ação técnica e sensível e da comunicação como elemento fundamental nesse cuidado é porque consideramos todo este complexo ato de se comunicar que não se exprime só por palavras, pois quando tocamos o corpo do cliente no cuidado passamos uma mensagem que será traduzida pelo cliente a partir dos seus próprios sentidos e que "foge" do nosso controle.

Em pesquisa anterior, Ferreira⁽¹²⁾ constatou que os clientes referiam-se a não se sentirem percebidos pelo olhar do cuidador durante os cuidados de enfermagem. Explicaram que os profissionais estavam acostumados a situação de cuidar e não se incomodavam mais por eles (os clientes) estarem expostos no decorrer dos cuidados. Não se sentir visto em uma situação em que se está absolutamente presente e exposto, marcava negativamente o cuidado porque interceptava a

possibilidade da relação humana entre o cuidador e o cliente. Logo, a comunicação pelo olhar é uma dimensão importante no cuidado, configurando-se em uma expressão do cuidar em enfermagem. Isto mostra o quão importante é a comunicação no ato de cuidar.

Nos resultados da pesquisa ora apresentada, o dado importante que marcou positivamente o cuidado foi, justamente, as conversas que os enfermeiros, auxiliares e técnicos estabeleciam com os clientes no decorrer do dia. Estas conversas integravam o cliente ao meio social, favorecia a interação dos clientes entre eles próprios e com a família. Os dados da pesquisa em tela mostram que havia muitas formas de comunicação entre a equipe de enfermagem e o cliente e que alguns membros da equipe tinham uma sensibilidade maior para a leitura da linguagem não verbal e das emoções dos clientes e que esta linguagem não verbal, quando era objetivamente captada pelo profissional, revertia, via de regra, no atendimento de algumas das necessidades sentidas pelos clientes e na resolução efetiva dos seus problemas. Muitas conversas, que foram captadas na coleta de dados da pesquisa, tinham conteúdo técnico – revestiam-se de informações sobre o estado do cliente, orientações diversas sobre cuidados, respostas aos questionamentos dos clientes sobre alguma coisa da assistência, entre outros - mas foram identificadas também, muitas conversas de conteúdos informais e lúdicos que traduziam verdadeiros momentos de interação e até de afetividade com os clientes.

É interessante destacar que os clientes valorizavam estes momentos no todo da assistência e qualificaram estes encontros como “cuidado”, o que muitas vezes, as próprias enfermeiras, que os realizam no seu dia-a-dia, não o fazem, e não dão a estes momentos o status devido. Talvez isto se deva ao fato da valorização excessiva que se dá à sofisticação da tecnologia de ponta e da cultura que construímos de que, quanto mais algo for complicado, melhor para demonstrar a nossa sabedoria. Isto também é verdadeiro para a comunicação verbal: quanto mais palavras técnicas e de difícil entendimento usarmos, mais demonstra o quanto o outro não sabe aquilo que só nós sabemos e aí, perdemos a oportunidade do diálogo e da ampliação do conhecimento que se dá na medida da troca e do compartilhamento dos saberes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a efetividade da comunicação se sustenta na empatia que se estabelece entre os sujeitos na relação do cuidado, como também, no respeito ao outro, ao seu saber e à sua condição de

participante no processo da comunicação. A comunicação se dá através daquilo que nos faz sentido. O sujeito escuta a mensagem e a traduz de acordo com o seu referencial sócio-cultural. Desta forma, foi possível constatar que o estilo de falar, e a escolha das palavras fazem diferença na qualidade da comunicação que se estabelece com o cliente e isto é importante no processo de negociação do cuidado junto a ele, pois na dinâmica de cuidar no hospital foi possível identificar que muitos profissionais conseguem mais efetividade no cuidado, justamente, por que conseguem uma comunicação mais eficaz junto aos clientes. As interações no cuidado “não se estabelecem de maneira puramente técnica, mas também através de uma abordagem expressiva do cuidar”⁽¹⁴⁾, abordagem esta que se dá pela comunicação, seja ela verbal ou não-verbal.

Por fim, destaca-se que a equipe de enfermagem realiza muitos cuidados de ordem expressiva que não são registrados como cuidados, talvez pela cultura que se tem de registrar, somente, o cumprimento das prescrições médicas, dos cuidados técnicos e os resultados destes. E aí, não geramos documentação de tudo o que a enfermagem faz. Os padrões de interação e toda a gama de cuidados retratados nesta pesquisa se perdem e ficam “invisíveis” no cômputo geral da assistência ao cliente.

Os dados, principalmente oriundos do diário de campo, da observação da dinâmica de cuidar, das maneiras de cuidar e dos cuidados realizados com os clientes mostraram que as enfermeiras são sujeitos que cuidam de outros sujeitos. Desta forma, o cuidar da enfermagem é uma prática complexa e por isso não pode ser pensado como um ato que envolve, somente, e simplesmente, eu diria, o domínio de técnicas e tecnologias, mas como um ato que envolve a complexidade do lidar com outro ser humano, o que implica em conhecer a sua história de vida, as suas crenças, emoções e desejos que permeiam a relação entre as pessoas, passíveis de serem acessados através do estabelecimento de uma comunicação efetiva.

É preciso levar em conta que o tratamento e a cura não ocorrem somente pela intervenção técnica-tecnológica-medicamentosa, pois a doença não habita um corpo material biológico somente, mas o corpo de um ser que, como tal, expressa, na sua materialidade biológica, a dimensão sensível que o qualifica como humano. Por isso o cuidado humano e o humano no cuidado são fundamentais, e amparada nos conceitos que alicerçaram esta discussão, oriundos de uma Teoria Humanística de Enfermagem, no qual o diálogo é um dos elementos centrais para se pensar o cuidado⁽¹⁵⁾, vimos que este (o diálogo) é uma das estratégias humanas no qual reside o potencial da comunicação.

REFERÊNCIAS

1. Silva MJP. O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas condutas de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1991 dez; 25(3): 309-18.
2. Waldow VR. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadores. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 7-30.
3. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.
4. Talento B. Jean Watson. In: George JB, organizadora. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p. 254-67.
5. Waldow VR. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM, organizadores. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998. p. 53-85.
6. Jovchelovitch S. Re(des)cobrir o outro: para um entendimento da alteridade na Teoria das Representações Sociais. In: Arruda A, organizadora. *Representando a alteridade*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998. p. 69-82.
7. Lepargneur H. *Consciência, corpo e mente: psicologia e parapsicologia*. Campinas (SP): Papirus; 1994.
8. Nightingale F. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo (SP): Cortez; 1989.
9. Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lisboa (POR): Lusociência; 2002.
10. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro (RJ): Livros Técnicos e Científicos; 1989.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (POR): Edições 70; 1979.
12. Ferreira MA. *O corpo no cuidado de enfermagem: representações de clientes hospitalizados (tese)*. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
13. Kawamoto EE, Fortes JI. *Fundamentos de Enfermagem*. São Paulo (SP): EPU; 1997.
14. Castro ES, Mendes PW, Ferreira MA. A interação no cuidado: uma questão na enfermagem fundamental. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2005 jan-abr; 9(1): 39-45.
15. Pagliuca LMF, Campos ACSC. Teoria humanística: análise semântica do conceito de Community. *Rev Bras Enferm* 2003 nov-dez; 56(6): 655-60.

CONCEPÇÕES DE UM GRUPO DE ENFERMEIRAS SOBRE FAMÍLIA
 CONCEPTIONS OF A GROUP OF NURSES ON THE FAMILY
 CONCEPCIONES DE UN GRUPO DE ENFERMERAS SOBRE LA FAMILIA

Maria Magda Ferreira Gomes*
 Maria Aparecida Munhoz Gaíva**
 Reinaldo Dias de Oliveira***

RESUMO: Este estudo teve por objetivo compreender as concepções sobre família que as enfermeiras adotam em suas práticas. Optou-se pelo método fenomenológico. Os dados foram coletados através de entrevistas, orientadas pelas seguintes questões: Qual sua concepção de família? Como você trabalha com a família em sua prática? Participaram do estudo nove enfermeiras. Seus depoimentos revelaram que: 1) Família significa pessoas que moram juntas, possuindo ou não laços de consangüinidade; que cuidam uma das outras, mantendo laços afetivos e apoiando-se; 2) Família tem como função cuidar, proteger, dar carinho e disciplinar; e 3) A prática da enfermeira é direcionada ao membro da família presente no processo assistencial e centrada em orientações sobre do diagnóstico e terapêutica. As enfermeiras reconhecerem a importância da família para a sua atuação, porém enfatizam as dificuldades para atuarem nesta área e poucas delas têm a família como unidade do cuidado.

PALAVRAS CHAVE: Cuidados de enfermagem; Saúde da família

INTRODUÇÃO

Nossa vivência como enfermeiras docentes atuando em Unidades de Pediatria e Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e convivendo diariamente com famílias, possibilitou-nos questionamentos sobre como ocorre a abordagem da família em nosso cotidiano de trabalho e como educamos os futuros profissionais de enfermagem para atuar junto aos familiares de nossas crianças.

Essas inquietações motivaram-nos a estudar mais profundamente a família, que foi sendo transformada em objeto de nossas pesquisas de pós-graduação, com temáticas envolvendo a experiência dos pais que têm o filho internado em UTI Neonatal, as repercussões familiares da hospitalização do RN na UTIN e a inserção da família no cuidado ao prematuro em UTIN (Gomes, 1992; Gomes 1999; Gaíva 2001). Os resultados desses estudos apontam que os pais ao vivenciarem o nascimento/hospitalização de um filho prematuro ou doente passam por um processo de estresse muito grande que pode provocar alterações no relacionamento familiar, obrigando seus membros a buscarem apoio na equipe de saúde, em amigos e outros familiares.

O que esses resultados, e outros já apontados pela literatura, podem interferir ou contribuir para nossa prática como enfermeiras/ docentes? O revelado nesses estudos nos fez refletir sobre os comportamentos e concepções de família que temos utilizado no ensino e na prática de enfermagem, ou seja, os sentidos do fazer e os saberes que se fazem necessário para trabalhar com família.

Considerando que a família ainda não é o foco do cuidado de enfermagem na prática cotidiana e que o assisti-la é uma inovação, o que gera um grande desafio para as enfermeiras, sentimos-nos motivadas, a conhecer a situação concreta vivenciada pelas enfermeiras no processo de cuidar de famílias.

Recebido em 26/07/02 aceito em 16/10/02

* Prof.^a Dr.^a da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro e Ex-Prof.^a da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

** Prof.^a da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFMT e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

*** Enfermeiro e Ex-Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFMT – Bolsista de Iniciação Científica.

Com essas inquietações em mente, estabelecemos como objetivo deste estudo:

- Compreender as concepções sobre família que as enfermeiras adotam em suas práticas.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológica que, segundo Martins; Bicudo (1989), procura abordar o fenômeno como aquilo que se manifesta por si mesmo, de modo que não o parcializa ou o explica a partir de conceitos prévios, de crenças ou de afirmações sobre o mesmo. Busca-se a compreensão do fenômeno tendo como ponto de partida as experiências vividas pelos sujeitos.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Cuiabá, Mato Grosso, em instituições de ensino e assistência à saúde da rede pública e privada tendo como sujeitos os enfermeiros. Na execução da pesquisa observou-se o aspecto ético definido na Resolução n.º 196/96, sobre pesquisa com seres humanos. Dessa forma, solicitou-se a autorização formal das instituições envolvidas e o consentimento dos sujeitos do estudo, com a garantia do anonimato e a opção voluntária de participação. Participaram nove enfermeiras que atuavam no ensino de graduação de enfermagem, assistência hospitalar e saúde coletiva. Seguindo-se a metodologia adotada, o número de enfermeiras não foi definido a priori e sim pela saturação teórica, isto é, quando nada de novo surgia nos dados.

O levantamento dos dados foi realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas, que segundo o referencial adotado é uma técnica bastante adequada para se obter dados relevantes sobre o mundo-vida do sujeito. As perguntas norteadoras usadas foram: O que é família para você? Como você trabalha com a família em sua prática diária? Com o consentimento das informantes, as entrevistas foram gravadas, visando garantir o máximo de fidelidade dos discursos.

O processo de análise compreensiva das entrevistas foi baseado em Martins e Bicudo (1989), e desenvolvido a partir das seguintes etapas: Ouvimos as gravações cuidadosamente em seu todo; transcrevemos cada uma das entrevistas, registrando-as na íntegra; procuramos captar os significados que as falas das enfermeiras revelavam, tendo como base às questões norteadoras das entrevistas. Nesse momento emergiram as unidades de significados e finalmente, observamos as convergências, divergências e idiossincrasias entre elas e agrupamos em forma de temáticas. Essas categorias foram ilustradas através de trechos dos discursos das enfermeiras.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As participantes do estudo foram enfermeiras que atuavam nas áreas de Ensino de Graduação de Enfermagem, Unidade de Internação Materno-Infantil, Unidades Sanitárias de Saúde e Programa de Saúde da Família. A média do tempo de formação das mesmas foi de 11 anos e 6 meses. Das enfermeiras, quatro possuía título de especialista, três tinham somente a graduação e uma era mestre em enfermagem pediátrica.

A partir dos discursos foram desveladas três categorias abertas: Concepções de famílias; Funções da família e Práticas com a família.

CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA

Conceituar família é uma das tarefas mais difíceis, pois se corre o risco de excluir formas diferenciadas de organização familiar. Família foi conceituada pelas enfermeiras desde a forma mais tradicional, ou seja, considerando-a apenas composta do casal e seus filhos, incluindo, às vezes avós, tios e primos, até como uma forma mais atual ou adequada à realidade, como a união de homossexuais.

"... família como: pai, mãe e filho". E2US1

"A família é pai, mãe, filhos e avós". E3US4

"Uma nova forma de família vem surgindo, é a família formada por homossexuais que chegam a ter ou adotar filhos que, apesar de discriminada, é uma nova forma de família que a sociedade vai acabar reconhecendo e respeitando...." E7US6

Para Osório (1997), a família pode apresentar-se de três formas básicas: a nuclear (conjugal), a extensa (consangüínea) e a abrangente. Sendo a família nuclear constituída por pai-mãe-filhos; a extensa, composta por outros membros que tenham quaisquer parentescos e a abrangente que inclui não parentes que coabitem sob o mesmo teto.

As enfermeiras, entretanto, apontam que na sua prática profissional têm-se deparado com novas organizações familiares onde não é o laço de consangüinidade que dá o sentido de família.

O discurso abaixo aponta isto:

"Eu sempre tive um conceito de que família é o pai, a mãe e irmãos, mas eu tenho visto na minha prática profissional que às vezes não é o pai ou a mãe que é a família daquela pessoa". E9US2

Na concepção de família as enfermeiras fazem referências aos tipos de famílias: a nuclear formada por pai, mãe e filhos; a extensa que inclui os avós, tios e primos, a gerada pelo casamento, a família da comunidade religiosa e dos colegas de trabalho, como dos profissionais da área de saúde.

"A gente não fala uma família, mas para nós os personagens da área de saúde acabam se tornando... uma família". E2US6

"Família é o todo, todas as pessoas que moram na mesma residência... independente desse grau de parentesco". E5US1

Na perspectiva fenomenológica, a concepção de família que emerge do cotidiano familiar é: "um grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada, que convivem com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e destes para com as crianças e idosos que aparecem nesse contexto" (Gomes, 1987).

As falas das enfermeiras acerca do conceito demonstram a plasticidade da família em assumir atribuições de acordo com a mediação social, sendo que os discursos mostram desde a família monogâmica, passando pelas mais variadas formas de organização de família.

As enfermeiras revelam, ainda, a família como uma local de acolhimento, espaço onde as pessoas são aceitas, cuidam uma das outras e apóiam-se.

"Família... é onde você será acolhido incondicionalmente. A família é aquela que acolhe seus membros de forma incondicional, independente das cabeçadas, dos sucessos ou dos insucessos que você tenha na vida. Você sabe que conta com aquele núcleo de pessoas". E7US9

"A família é um laço". E1US6

"Família para mim é quando pessoas moram juntas e cuidam uma das outras... não precisa ter laço de consangüinidade". E4US1

Ao longo dos séculos, o conceito de família tem sofrido transformações, sob a influencia de fatores econômicos, políticos, sociais e culturais. Hoje a família brasileira não é mais a mesma de algumas décadas, pois sua constituição sofreu influencia das mudanças e adaptou-se às transformações ocorridas na sociedade. A família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e atualmente, temos inúmeras formas de organização familiar, desde casais com ou sem filhos, um adulto com filhos, casais do mesmo sexo e agregados familiares (Gaíva, 1999).

Percebemos que as enfermeiras conceituam família a partir de sua visão de mundo, incluindo seus conhecimentos, crenças e valores adquiridos ao longo de sua vida. Estes conceitos guardam relação com as diferentes teorias de família e seus posicionamentos frente à vida.

Funções da Família

As funções da família constituem outra categoria emergida dos discursos. As enfermeiras descrevem como função da família proporcionar bem-estar, felicidade e integrar os membros familiares.

A família é vista como a base do indivíduo. É ela que dá origem a formação moral do ser humano, tendo, portanto, importância nas vidas das pessoas segundo as enfermeiras. Tal importância advém da concepção de que a família é ponto de referência e de a segurança emocional dos seus membros, com os quais eles podem contar quando há necessidade de ajuda, além de responsabilizar-se pelos membros menores de idade.

“Família é como se desse uma segurança para gente”.E4US7

“Acaba tornando-se o nosso referencial, nosso porto seguro...”.E4US8

Essas falas nos reportam a Schor (1995), para quem as atribuições da família podem ser divididas em duas categorias: fornecer apoio material e supervisão; e oferecer apoio cognitivo, afetivo, socialização e educação; e, ainda a Gomes Symanski (1994) ao pontuar que sociologicamente a família se constitui no agente primário da socialização, psicologicamente, a família consiste no centro de trocas afetivas, que reproduzem os padrões que vão determinar a qualidade das relações humanas.

Para as enfermeiras, o cuidado com o outro está presente como uma das estruturas da família. Um cuidado que significa proteger, ajudar, zelar, tratar, ter respeito com o outro e ser uma rede de apoio.

“... eu tenho alguém para me referir, alguém para me proteger”. E4US9

“Na família grande a rede de apoio é maior, por que a gente conta com uma rede de apoio maior... Eu, pessoalmente, tenho uma preocupação grande nisso, porque a minha família é eu e minha filha”.E7US18

Estas afirmações encontram respaldo em vários autores, que consideram a família como a instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social de seus membros. Complementando esta idéia, Knobel (1992) chama atenção para o fato de que a família é o núcleo da sociedade. O autor observa que é na família que o ser humano se constrói, socializa e humaniza, na medida em que suas necessidades são atendidas.

A família também é vista pelas enfermeiras como cuidado. Para Heidegger (1989), cuidado é ter solicitude com o outro, zelar e estar com o outro. As enfermeiras descrevem a família com estas características de cuidado.

Apesar das manifestações afetivas fazerem parte da função da família, sendo um espaço visto como um lugar de confiança, amor e dedicação; a família tem um papel disciplinador, impondo limites aos seus membros.

“Eu entendo que família é quando uma pessoa preocupa-se com o bem-estar da outra e a protege”. E4US6

“Eu acho que tem que haver uma integração entre as pessoas que constituem essa família, objetivando o bem-estar e a felicidade de todos”.E3US3

“A família é a base do conserto (disciplina)... da formação moral do indivíduo” E1US2

“Eu acho que a família tem uma função importante... porque em função da família você acaba regulando um pouco a sua vida. Ela é um instrumento disciplinador um pouco da gente... ela te dá limites”. E7US21

Adorno e Horkhemes (1973), afirmam que a família é uma instância de afetividade, de apoio e de solidariedade; é também, o núcleo de socialização, de imposição normativa baseada nas leis, representando o elemento de coerção social. Ainda nesse sentido, Romanelli (1997) afirma que a família como um grupo de convivência é, na prática, elemento mediador essencial para disciplinar e orientar as possibilidades de concretização dos interesses individuais, dentro e fora da própria.

Práticas com Famílias

Considerar a família como foco do cuidado de enfermagem, nas últimas décadas, parece ser consenso, mas ao mesmo tempo tem-se constituído em um desafio para a prática dos profissionais.

As enfermeiras, ao descreverem suas práticas demonstram uma contradição, pois ao mesmo tempo em que reconhecem o papel/importância de se ter a família como participante do processo de cuidar, afirmam que seu trabalho é exercido sem ter a família como foco do cuidado. A prática de enfermagem apontada nos discursos ainda é voltada ao membro da família presente no processo assistencial e centrada em informações acerca do diagnóstico e terapêutica. Portanto, uma prática centrada, ainda, na doença e não nas necessidades de saúde da família. Isso pode ser visualizado nas falas abaixo:

"A prática baseia-se em oferecer informações acerca do diagnóstico, tratamento, relacionamento com o paciente e orientações". E6US9

"A prática baseia-se em oferecer informações acerca dos cuidados e relacionamento com a criança e família". E2US4

A formação do profissional enfermeiro incorporou há muito tempo o modelo biomédico, que prioriza a cura da doença do indivíduo, desvalorizando desta forma ações de promoção 'a saúde e prevenção de problemas coletivos que afetam as famílias. Na última década, os currículos de enfermagem vêm voltando sua atenção para atender às necessidades de saúde da população, seja individualmente ou coletivamente.

Através de seu cotidiano, as enfermeiras constataam e valorizam o cuidado à família, mas reconhecem as dificuldades em executar tal cuidado. Elas salientam que prestar assistência à saúde da família tem-se constituído em desafio e que lhes falta aprendizado para executar esta prática.

"... a enfermagem está descobrindo isso, trabalhar com a família". E4US19

"... é claro que a gente, ainda, tem muito a caminhar, porque as prioridades trabalhadas ainda são prioridades sentidas por nós, não necessariamente pela comunidade" E8US6

"... trabalhar com a família é uma coisa importante, apesar de desgastante (...) desgasta, mas é troca, você enriquece muito mais...". E7US31

A instrumentalização e a sensibilização do enfermeiro para pensar e agir com a família são, segundo Ângelo (1997), aspectos essenciais para a efetivação de uma prática com esse grupo, além da disponibilidade de referenciais teóricos, estratégias de aproximação, de relacionamento profissional e técnicas de intervenção.

A falta de preparo da enfermeira faz com que ela considere o trabalho com família difícil, estressante e limitador das ações de enfermagem no contexto hospitalar.

"... dependendo do tipo de atitude dos familiares, têm família que acaba atrapalhando. Acaba dificultando o trabalho da enfermagem... A ansiedade deles é tão grande que a gente tem que dar respostas imediatas...". E4US15

Neste sentido, Elsen (1994), nos diz que a família como cliente, é possuidora de certas características que, para a enfermagem, ainda se apresentam como desafio, além do mais a família tem o poder de decidir sobre suas ações e delimita os limites para a atuação do profissional.

Para Ângelo (1997), apesar dos enfermeiros estarem expostos rotineiramente às situações com famílias, enfrentam dificuldades em trabalhar com a mesma, seja no ambiente hospitalar ou na assistência domiciliar porque não foram formados com a habilidade de "pensar família", isto é estar sensibilizado por ela, compreendendo a sua complexidade interacional.

Ampliando esta idéia, recorremos a Elsen (1994), que analisa a prática de enfermagem com famílias. Segundo ela, apesar de ser consensual de que a família é o cliente da enfermagem, a prática do cuidar de famílias continua permeada de incertezas em nossa realidade, pois faltam instrumentos precisos para abordar a família. Podemos considerar que a área de enfermagem familiar está iniciando, somente nos últimos anos é que a família passou a ser alvo do desenvolvimento de teorias e da organização de conhecimentos e serviços.

Um outro aspecto que emergiu dos discursos das enfermeiras é que a filosofia assistencial das instituições não contempla a família, o que pode ser visto através das normas rígidas quanto à permanência dos familiares junto aos pacientes.

"A instituição não vê a família como parte do tratamento". E6US10

"As normas rígidas da instituição restringe o número de acompanhantes, não respeitando os direitos da criança". E1US11

Embora a permanência da mãe/acompanhante ao lado da criança seja um direito de cidadania, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1991), o que se percebe na prática em nossa realidade é que apesar de todos os avanços na legislação, a família nem sempre tem sua permanência liberada durante a hospitalização da criança e muito menos uma acolhida adequada.

As enfermeiras apontam suas práticas mencionando a necessidade de considerar a família parceira na assistência, oportunizar trocas de experiências, reconhecer sua singularidade e seus conhecimentos.

"Nós temos que captar a necessidade da família (...) Cada família é uma experiência nova". E4US20

"Hoje eu sinto dificuldade muito grande de trabalhar com uma família que não partilhar comigo o cuidado com o filho... ela não deixa você cair no comodismo... ela te chama a atenção para alguma coisa, ela faz com que você reflita suas ações". E7US24

"Se a sua convivência e sua postura diante da família for de reconhecer esse papel dela, de tranquilizar, de esclarecer todos os pontos na onde está extrapolando, da parceria para aqueles cuidados (...) exige de você jogo de cintura, humildade, não existe um aliado maior de quem se quer saber dessa criança do que a mãe". E7US28

Elas ao descreverem suas práticas mostram que apesar deste pensar, o seu trabalho no dia-a-dia é exercido não tendo a família como foco do cuidado. Mesmo continuando a trabalhar desta forma, as enfermeiras relatam que devem procurar a integração da família no cuidado, pois esta garante os direitos do paciente e humaniza a assistência prestada.

Revelam ainda que cuidar da família é um aprendizado que requer certas habilidades como: valorizar o conhecimento trazido pela família, humildade, solicitude e conhecer o outro.

As enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família percebem a família como parte inerente de sua prática e o cuidado é centrado nos problemas da família em seu contexto de vida. Os discursos mostram a prática da enfermeira nesse novo modelo assistencial, ou seja, aquele que tem o núcleo familiar como foco de suas ações.

"Na prática, nós procuramos trabalhar os problemas dessa família, porque você vê o contexto no qual está inserida. Antes no modelo tradicional você trabalhava centrada na doença e aqui não, procuramos ver e trabalhar a questão da saúde. Ela chega com alguma queixa, você passa a conhecer problemas dela, a questão do desemprego, o relacionamento dela com os membros da família... você conhece os membros da família, os problemas que tem, o contexto onde está inserida, para poder trabalhar e fazer intervenções". E9US3

"O Programa Saúde da Família (PSF), tenta trabalhar em uma nova prática em que a saúde vai além da doença, envolve o modo de vida das pessoas/famílias". E8US5

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994 como uma das formas do enfrentamento dos limites do modelo assistencial dominante centrado na doença e no hospital, passando a priorizar ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadias ou doentes, de forma integral e contínua (Brasil, 1994).

Mesmo atuando em um modelo que prioriza a família, as enfermeiras relatam dificuldades em seu dia-a-dia para implementar esse novo modelo de assistir. Dentre as dificuldades relatadas está a resistência da comunidade em aceitar o PSF, além da falta de estruturação administrativa/gerencial da rede básica de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam que, apesar dos enfermeiros explicitarem as concepções atuais da família brasileira, a prática ainda é permeada de dificuldades e não tem a família como centro da assistência. O cuidar da família é visto como um aprendizado e para tal necessita do preparo da enfermeira.

Pelos discursos das enfermeiras percebe-se que elas reconhecem o significado da família na prática de enfermagem, mas somente uma minoria assegura sua prática. A família vem sendo tratada como objeto passivo do cuidado de enfermagem e não como um agente e sujeito do seu próprio processo de viver. Para tal, apontam a necessidade de se buscar novas estratégias de cuidado e mudanças de valores e atitudes por parte dos profissionais.

A formação e educação de profissionais com uma visão interdisciplinar e multiprofissional tendo o foco centrado na família, vem obtendo uma grande repercussão, sendo uma estratégia que começa a se tornar freqüente em nossa realidade.

A equipe de saúde deve ser capacitada para trabalhar com famílias em suas múltiplas dimensões e formas estruturantes, bem como discutir, compreender e ser capaz de intervir nas questões de saúde da família numa complexidade frente ao quadro socioeconômico e cultural da população brasileira.

O enfermeiro necessita estar preparado para lidar com a dinâmica de famílias que se reordenam freqüentemente na adaptação de novos papéis, criando e recriando estratégias para enfrentamento da complexidade da realidade vivenciada.

Embora o resultado desta pesquisa não possa ser considerado a realidade da prática dos enfermeiros, dada a riqueza de informações obtidas, podemos considerar que os enfermeiros têm uma visão de família como cliente, numa abordagem holística e integralizadora.

Finalmente, propomos que repensemos a nossa prática, seja na assistência ou no ensino, sobre as questões aqui abordadas, bem como sobre outros possíveis caminhos para a consolidação da inserção da família no cuidado de enfermagem.

ABSTRAT: The objective of this study was to understand the conception of family that nurses adopted during their practice. The phenomenological method was opted for the nurses. Data were collected by means of interviews, oriented to the fog questions: What's your family conception? How do you work in your daily activity with the family? Nine nurses took park of this study. Their reports revealed that: 1) family means people living together, with or without any type of consaguinity; they take care of each other, maintain affective links and support; 2) family has the fuction of taking care, protect, give love and discipline; and 3) The nurse's practice in the assistance process is centered in orientations about diagnosis and therapeutic. Nurses recognize the importance of the family on their acting but they emphasize the difficulty to act in this area and a few of them have a family as unit of care.

KEY WORDS: Nursing care; Family health

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue comprender las concepciones sobre l familia que las enfermeras adoptan en sus prácticas. Se adoptó el método fenomenológico. Los datos fueron colectados através de entrevists, orientads por las siguientes cuestiones: cual su concepción de familia? Como usted trabaja con la familia en su práctica? Nueve enfermeras participaron de este estudio. Sus relatos revelaron que: 1) Familia significa personas que viven juntas, poseen o no lazos de consaguinidad; que cuidan, protegen, dan cariño y disciplina; y, 3) La práctica de la enfermera es direccionada al miembro de la familia presente en el proceso de asistencia y está centrada en orientaciones sobre el diagnóstico y terapeutica. Las enfermeras reconocen la importancia de la familia para su actuación pero enfatizan las dificultades para actuar en esta área y pocas dellas tienen la familia como unidad de cuidado.

PALABRAS CLAVE: Atencion de enfermeria; Salud de la familia

REFERÊNCIAS

- 1 ADORNO, T. W.; HORKEIMER, M. Temas básicos da sociologia. São Paulo: Cultrix, 1973.
- 2 ÂNGELO, M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. São Paulo, 1997. p. 117. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 3 AOKI, L. P. S. TARDELI, R. Aspectos jurídicos da concepção de família na sociedade brasileira. Rev. Bras. Des. Hum., São Paulo, v.4, n.1, p. 5-14, 1994.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, 1991.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- 6 ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado da família. In: BUB, L. (Coord.). Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. cap. 2, p. 61-77.
- 7 GAÍVA, M.A.M. A família como foco do cuidado de enfermagem. Coletânea de Enfermagem, v.1, n.2, p. 9-20, 1999.
- 8 GAÍVA, M.A.M. A organização da assistência ao prematuro em uma unidade terapia intensiva neonatal no município de Cuiabá: a caminho da integralidade. Ribeirão Preto, 2000. (Projeto de Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 9 GOMES SZYMANSKI, H. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. Rev. Bras. Des. Hum., São Paulo, v.4, n.1, p. 34-39, 1994.
- 10 GOMES, H. S.R. Um estudo sobre o significado da família. São Paulo, 1987. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- 11 GOMES, M. M. F. As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal: construindo possibilidades de cuidado. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo.
- 12 _____. Ter o filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: o significado para os pais. São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo.
- 13 HEIDEGGER, M. Ser e tempo. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.
- 14 KNOBEL, M. Orientação familiar. Campinas: Papirus, 1992.
- 15 MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/Educ, 1989.
- 16 OSÓRIO, L. C. A família como grupo primordial. In: ZIMERMAN, D. E; OSÓRIO, L. C. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. Cap. 4, p. 49-58.
- 17 ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: Carvalho, M. C. B. (Org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ/Cortez, 1995. p. 73-88.
- 18 SCHOR, E. L. A influencia da família sobre a saúde da criança: comportamentos familiares e suas conseqüências para a criança. Clínicas Pediátricas da América do Norte, Rio de Janeiro, n. 1, p.81-93, 1995.



INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE

7900 WISCONSIN AVE. SUITE 405 BETHESDA MD 20814 PHONE 301-652-0281 FAX 301-652-0186 www.family-centeredcare.org

PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE

Patient- and family-centered care is 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. It redefines the relationships in health care.

Patient- and family-centered practitioners recognize the vital role that families play in ensuring the health and well-being of infants, children, adolescents, and family members of all ages. They acknowledge that emotional, social, and developmental support are integral components of health care. They promote the health and well-being of individuals and families and restore dignity and control to them.

Patient- and family-centered care is an approach to health care that shapes policies, programs, facility design, and staff day-to-day interactions. It leads to better health outcomes and wiser allocation of resources, and greater patient and family satisfaction.

Core Concepts of Patient- and Family-Centered Care:

- **Dignity and Respect.** Health care practitioners listen to and honor patient and family perspectives and choices. Patient and family knowledge, values, beliefs, and cultural backgrounds are incorporated into the planning and delivery of care.
- **Information Sharing.** Health care practitioners communicate and share complete and unbiased information with patients and families in ways that are affirming and useful. Patients and families receive timely, complete, and accurate information in order to effectively participate in care and decision-making.
- **Participation.** Patients and families are encouraged and supported in participating in care and decision-making at the level they choose.
- **Collaboration.** Patients, families, health care practitioners, and leaders collaborate in policy and program development, implementation, and evaluation; in health care facility design; and in professional education, as well as in the delivery of care.

Leadership Organizations Supporting Patient- and Family-Centered Care

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- American Academy of Pediatrics (AAP)
- American Association of Medical Colleges (AAMC)
- American College of Healthcare Executives (ACHE)
- American Hospital Association (AHA)
- American Nursing Association (ANA)
- Association of Maternal and Child Health Programs (AMCHP)
- Bureau of Medicine and Surgery, US Department of Defense
- HealthCanada
- Institute for Healthcare Improvement (IHI)
- Joint Commission for the Accreditation of HealthCare Organizations (JCAHO)
- Maternal and Child Health Bureau, US Department of Health and Human Services (MCHB)
- National Patient Safety Foundation (NPSF)
- National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)
- National Association of Children's Hospitals and Related Institutions (NACHRI)
- National Initiative for Children's Health Care Quality (NICHQ)
- Remaking American Medicine
- Society of Pediatric Nurses (SPN)
- University of South Florida Rhea and Lawton Chiles Center
- Vermont Oxford Network (VON)

About the Institute for Family-Centered Care

The Institute for Family-Centered Care, a non-profit organization founded in 1992, takes pride in providing essential leadership to advance the understanding and practice of patient- and family-centered care. By promoting collaborative, empowering relationships among patients, families, and health care professionals, the Institute facilitates patient- and family-centered change in all settings where individuals and families receive care and support.

The Institute also serves as a central resource for policy makers, administrators, program planners, direct service providers, educators, design professionals, and patient and family leaders.

For more information visit us at www.familycenteredcare.org

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information

Marcia Levetown

Pediatrics 2008;121:e1441

DOI: 10.1542/peds.2008-0565

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441.full.html>

PEDIATRICS is the official journal of the American Academy of Pediatrics. A monthly publication, it has been published continuously since 1948. PEDIATRICS is owned, published, and trademarked by the American Academy of Pediatrics, 141 Northwest Point Boulevard, Elk Grove Village, Illinois, 60007. Copyright © 2008 by the American Academy of Pediatrics. All rights reserved. Print ISSN: 0031-4005. Online ISSN: 1098-4275.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™





TECHNICAL REPORT

Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information

Marcia Levettown, MD, and the Committee on Bioethics

ABSTRACT

Health care communication is a skill that is critical to safe and effective medical practice; it can and must be taught. Communication skill influences patient disclosure, treatment adherence and outcome, adaptation to illness, and bereavement. This article provides a review of the evidence regarding clinical communication in the pediatric setting, covering the spectrum from outpatient primary care consultation to death notification, and provides practical suggestions to improve communication with patients and families, enabling more effective, efficient, and empathic pediatric health care.

INTRODUCTION/OVERVIEW

Health care communication is a critical, but generally neglected, component of pediatric and pediatric subspecialty practice and training and is a skill that can and must be taught.¹⁻¹³ The practicing clinician's ability to communicate openly and with compassion is essential for effective and efficient routine health care; this ability becomes a vital lifeline for parents and children confronted with life-altering and sometimes life-ending conditions.¹³⁻¹⁶ The purpose of this report is to provide research-based and practical guidance to enable effective communication with pediatric patients and their families in a number of common settings and situations. Although child abuse, sexuality, divorce, and many other situations are not individually addressed, the principles and approaches discussed apply equally to these situations.

Communication is the most common "procedure" in medicine. Health care communication is different from normal social discourse, because intimate and very private issues are often discussed. These include hopes and fears, developmental concerns, sexuality, and mental health disorders. Painful issues, such as abuse, school failure, drug use, and terminal illness, are also discussed. Communication is the foundation of the therapeutic relationship; it is the basis of fiduciary and ethical obligations of physicians to patients and their families. Effective health care communication is an essential tool for accurate diagnosis¹⁷⁻¹⁹ and for the development of a successful treatment plan,²⁰⁻²³ correlating with improved patient knowledge,^{15,24} functional status,^{25,26} adherence to the agreed-on treatment regimen,^{20,21,27-32} improved psychological and behavioral outcomes,^{15,33-36} and even reduced surgical morbidity.^{3,4,37} In the case of distressing news, skillful communication can enable a family to adapt better to a challenging situation,^{12,38,39} including a child's unanticipated impairments.⁴⁰⁻⁴³ Poor communication, on the other hand, can prompt lifelong anger^{31,42,44-48} and regret,^{14,40} can result in compromised outcomes for the patient and family, and can have medicolegal consequences for the practitioner.⁴⁹

WHAT IS COMMUNICATION?

Effective communication is responsive to the needs of the whole patient and family dynamic; it is essential to patient-centered and family centered care, the basic building block of the medical home concept (www.medicalhomeinfo.org) endorsed by the American Academy of Pediatrics (AAP) as a cornerstone of care.⁵⁰

Taking time to build rapport and understand the child and family builds trust, leading to increased reporting of the actual reason for the visit.^{51,52} Clearly, improved communication will enhance patient outcomes and satisfaction.⁴ There are 3 elements of physician-parent-child communication⁵³:

www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-0565

doi:10.1542/peds.2008-0565

All technical reports from the American Academy of Pediatrics automatically expire 5 years after publication unless reaffirmed, revised, or retired at or before that time.

The guidance in this report does not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

Key Words

patient-doctor communication, medical education, patient-centered and family centered care, medical home, health care outcomes, breaking bad news, death notification, assent, empathy, treatment adherence

Abbreviations

AAP—American Academy of Pediatrics
AACH—American Academy on Communication in Healthcare
ED—emergency department

PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275). Copyright © 2008 by the American Academy of Pediatrics

- Informativeness: quantity and quality of health information provided by the physician;
- Interpersonal sensitivity: affective behaviors that reflect the doctor's attention to, and interest in, the parents' and child's feelings and concerns; and
- Partnership building: the extent to which the physician invites the parents (and child) to state their concerns, perspectives, and suggestions during the consultation.

There are 2 types of patient needs to be addressed during the medical interview: cognitive (serving the need to know and understand) and affective (serving the emotional need to feel known and understood). Thus, physicians are expected to have task-related behavior and relational behavior. The first involves asking questions and providing information. The latter includes reflecting feelings and showing respect, concern, and compassion, often by nonverbal means, such as gestures, posture, and eye contact, as well as the use of silence to allow for the processing of emotional responses and the formulation of questions. (An example of a reflective response is, "When you say you don't think you can manage this, what is the hardest thing about Chad's illness for you and your family?") Parent satisfaction with quality of care is substantially influenced by the interpersonal skills of the practitioner, particularly in the case of anxious parents.^{53,54}

MEDICAL EDUCATION AND COMMUNICATION

Despite the essential nature of communication in health care, there is little programmatic or curricular emphasis on building interpersonal skills in pediatric service or training. Instead, a preponderance of time is spent on facts and procedures, with minimal attention to feelings, relationships, and continuity of care.^{12,34,47,54-60} The AAP, in its policy statement "The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care," states that "there is a need to better learn how to elicit information, including using a narrative interview approach, allowing the child, adolescent, and parents to tell their stories," and "there is a need to communicate empathy."³ The AAP suggests that the teaching of these skills involves supervised practice, feedback, and mentoring.

There is a long history of concern among holistic medical educators and philosophers regarding the loss of empathy related to current medical education methods and role models.⁶¹⁻⁶⁶ This concern has led to attempts to measure empathy and to reinforce it during medical education.⁶⁷⁻⁶⁹ It has been demonstrated in preliminary studies that empathy not only can be extinguished by training but also can be amplified and taught. Empathy affects quality of care and patient satisfaction; physicians who are empathetic have been shown to elicit patient concerns more accurately and address needs more effectively, often enhancing cost efficiency.⁷⁰⁻⁷⁶

Unfortunately, studies over the last 15 years do not indicate a trend toward improvement in this area. Despite requirements and recommendations of the

American Council for Graduate Medical Education,⁷⁷ the Future of Pediatric Education II Task Force,² and the long-standing dedication to the child, family, and psychosocial environment by the AAP as manifested in numerous policies and published goals,^{3,4,50,78-84} the "informal" or "hidden curriculum" (that which is taught by observing the daily behavior of health care professionals, both good and bad)⁸⁵ continues to disproportionately reward "hard" data collection while downplaying the role of the psychosocial, existential, and interpersonal concerns and needs of the patient and family. Such a training emphasis does not enhance the ability of the physician to fully meet the needs of our patients and their families.⁸⁶

The Current Situation

Health care communication is currently learned primarily through trial and error.¹ This may be attributable, in part, to a dearth of skilled mentors. A large national survey published in 2003 indicates that medical school faculty members may, themselves, need communication skills training.⁸⁷ Nonphysician mentors who are trained communicators, such as child life therapists,⁸⁸ child psychologists (as an example, see Sourkes⁸⁹), and members of the American Academy on Communication in Health Care (AACH [www.aachonline.org]), can help practicing physicians and medical school faculty develop these skills.⁵⁵ In the inpatient setting, social workers, advanced practice nurses, psychologists, and chaplains can assist in the provision and modeling of effective communication with children and their families,⁹⁰⁻⁹³ but the practice of depending on numerous caregivers to communicate poses a risk of families being exposed to conflicting information and opinions, often provoking anxiety and confusion. True interdisciplinary teamwork and collaboration can prevent this complication.⁴³ Regardless of the help available, however, the physician must always play a significant role in the communication process.

Communication Needs

Patients and families expect more accessible information than is commonly provided in virtually every health care setting.^{12,31,58,94-98} It is estimated that 35% to 70% of medicolegal actions result from poor delivery of information, failure to understand patient and family perspectives, failure to solicit and incorporate patients' values into the plan of care, and perceptions of desertion.^{49,99-104}

Psychosocial and practical/family issues are often overlooked.⁵² Closed interviewing techniques, such as asking yes or no questions, may be used by clinicians to control the duration of the interview. Families perceive this style as indicative of a lack of interpersonal interest, sometimes resulting in a reluctance to reveal the true reason for seeking consultation; potential results are treatment failure and poor health outcomes.^{56,105-107} Invitations by physicians to the child and family to contribute and to express concerns are nearly always welcomed by parents and do not increase the duration, but do increase the utility, of the encounter.^{49,108} Formal

TABLE 1 Physician "Competencies" for Health Care Communication

1.	Develop a partnership with the patient
2.	Establish or review the patient's preferences for information
3.	Establish or review the patient's preferences for his or her role in decision making
4.	Ascertain and respond to the patient's ideas, concerns, and expectations
5.	Identify choices (including those suggested by the patient) and evaluate research in relation to the individual patient
6.	Present information and assist the patient to reflect on the impact of alternate decisions with regard to his or her lifestyle and values
7.	Negotiate a decision with the patient
8.	Agree on an action plan and complete arrangements for follow-up

communication training is helpful in developing this skill.^{6,35,72,109–116}

Communication Competencies for Physicians

One group identified 8 physician "competencies" that enable "informed shared decision-making" to take place¹¹⁷ (see Table 1). These competencies, behaviors, and protocols will also result in patient-centered and family-centered interviews, which are key elements in the construction of a medical home.

According to these investigators, such an interview can be accomplished in 10 minutes with adult patients. The triadic nature of pediatric patient interactions would, as always, require more time. The child's preferences and values should be solicited in addition to that of the parents. Sharing of information and responsibility for decision-making must be negotiated.

Effective Methodologies for Teaching Communication Skills

High proportions of physicians at all levels of practice are willing to reveal their discomfort with communication, particularly involving unwelcome information that is likely to upset parents.¹¹⁸ In response to residents' requests and parents' complaints, Northwestern University's pediatric residency program developed a communication course⁹ designed according to the articulated needs of the learners. Provided during the middle of the first year of pediatric residency, training addressed "breaking bad news" and "difficult families." Scenarios were designed with input from the residents. Teaching tools included didactic sessions, interactive discussion, parent-panel discussions (including children who had survived life-threatening illness and bereaved parents), paired role play, and discussion. Although well received, the effect was difficult to evaluate because of the low number of participants.

Use of simulated patients, observation of role models, attendance at camps, support groups, and home visits are also useful in developing a patient-centered and family-centered perspective, resulting in more effective communication skills.

A teaching program for "breaking bad news" in the emergency department (ED) setting using simulated patients and video feedback demonstrated improvement in skills after 2 sessions on the basis of a checklist of desired behaviors, simulated patient feedback, and improved confidence of trainees.⁶ A study of a 1-day workshop

using scenarios relevant to the PICU also demonstrated statistically significant improvements.¹⁰ Simulated or "standardized patient" programs are, however, expensive.

Other investigators have found measurable success improving communication by using immediate video feedback alone.⁷ One innovative program designed for undergraduate medical students used two 2-hour sessions in both inpatient and outpatient settings, interviews with parents, and play with child patients to enable students to better understand family perspectives about communication.¹¹³ Progressive experiences included a small-group discussion about the difficulties of breaking bad news, a video role model followed by a parent panel, and finally, time to meet the child patient. The training was favorably received by student, parent, and patient participants. After the experience, some students reported a profound effect on their attention to the patient and his or her supporters; 18 months after the seminar, 1 student noted he still "keenly felt the influence of his eyes being opened to the myopic view of the medical fraternity" in health care communication.

Another communication workshop to teach pediatric residents how to tell parents about a child's lifelong disability was developed by a parent support group and a pediatrician.¹¹⁹ In this workshop, the psychosocial dynamics of the interchange are defined/identified, and facilitative behaviors are described. The resident chooses a skill in which he or she feels most deficient and works specifically to improve it in a role-play exercise. The workshop concludes with a debriefing and a review of the interview tape with the parent.

There are several communication skills teaching aids available. The Initiative for Pediatric Palliative Care (www.ipcweb.org) has communication modules, including videotapes for difficult conversations. The AACH has 3- to 5-day intensive training sessions on communication, generally focused on adult patient scenarios, which include videotaped feedback, self-critique, and peer critique. In addition, the AACH provides Web-based, multimedia interactive modules on communication and relational topics (www.aachonline.org). A list of tips, techniques, and resources can also be found in other publications.^{120,121}

Unfortunately, efforts to elevate health care communication, empathy, patient-centered and family-centered care as core competencies within the educational process and professional practice have, thus far, failed. Despite the overwhelming evidence of the benefit to patients, physicians, and society, effective communication is not rewarded by academic promotion or financial compensation. In fact, increased attention to communication can be costly to the practitioner in the short term because of inadequate payment for time spent discussing treatment plans and otherwise counseling families. The willingness of students, mentors, and practitioners to exert the time and effort to learn and practice effective and compassionate communication is undoubtedly influenced by these factors. Long-term benefits, such as improved patient outcome and satisfaction, decreased

risk, and greater professional satisfaction, may be harder to quantify and appreciate.

Practitioners' Needs

Practicing physicians' self-assessment of skill level in breaking bad news is often inaccurate and overly self-flattering.^{1,122} Practice alone clearly does not result in improved communication skills. When self-assessed skill in this critical area is inadequate, some physicians avoid the discomfort by not engaging in difficult conversations. Less dramatically, given the widespread dissatisfaction with communication, it is clear that most practitioners would benefit from objective assessment of their current communication skills followed by targeted training, regardless of seniority.

Need for Research on Communication Education and Practice

If communication skill training is to be recommended throughout medical training and for continuing education, it is important to understand what techniques are most efficacious, time-efficient, and cost-efficient to achieve the goal of more consistently achieving effective, empathetic, and culturally appropriate communication that meets the needs identified by patients and parents. What timing during the course of education is most likely to result in durable change? Which communication techniques best prevent the anger and dismay that too often lead to suboptimal patient outcomes or malpractice litigation? Finally, what changes in institutional culture or reimbursement mechanisms will reinforce good communication throughout the career of the practitioner? Research on these topics should be a priority, given the central importance of communication in medicine.

CLINICAL PRACTICE ISSUES

Communication With Parents: Ensuring Effective Communication

Factors predictive of effective communication between physicians and patients/parents are the perception of interest, caring, warmth, and responsiveness.¹²³⁻¹²⁵ Parents' most frequent criticisms of health care practice concern relationships with practitioners⁵³; these relationships have a dramatic effect on parental satisfaction, recall of instructions and, not surprisingly, treatment adherence.^{126,127} Greater trust and a better relationship with the physician have more of an effect on patient recall and satisfaction than written instructions or even the amount of time spent.¹²⁸

Causes of Dissatisfaction

Even with very detailed explanations, parents who feel they are not treated with respect or who have unrecognized or unaddressed fears feel unhappy about the amount of information provided. For instance, being asked to consent to a new aspect of a procedure while standing in the hall the night before surgery caught 1 parent by surprise, coloring her overall satisfaction and perception of the sufficiency of information.⁵⁴ Facilitators of improved communication include clear demon-

TABLE 2 Recommended Communication Behaviors for Procedural Interventions

Find a private setting for discussion and decision making
Use language the family can understand
Use visual aids (drawings, models, and radiographs)
Pace the information, providing it in a logical sequence; be prepared to patiently repeat information and answer questions
Recognize emotional distress
Discuss indications, risks, benefits, and all reasonable alternatives (including not doing the procedure at all) and the associated risks and benefits
Discuss specific tubes and drains immediately before surgery
Personalize the information rather than giving it as a rote speech (eg, use the child's name)
Avoid last-minute surprises when feasible
Ask parents and the child (when appropriate) to repeat what they understood in their own words, and clarify information and plans as needed

Data were adapted from Lashley et al.⁵⁴

strations of empathy and respect. See Table 2 for additional recommendations.

Audiotapes as Communication Aids

Several articles support the use of audiotapes to allow parents to repeatedly listen to the information, allowing it to soak in, and importantly, enabling dissemination of accurate information to others who could not be present.¹²⁹⁻¹³⁵ Parents frequently consult others in making health care decisions for their children, ranging from extended family members to other practitioners, other parents, religious leaders, and tribal elders. One study found that tapes made during outpatient encounters were listened to by parents nearly universally; grandparents listened to them more than half the time (52.8%), 70% were listened to more than once, and one third of parents made a copy to keep for themselves. The tapes were found to be helpful >99% of the time.¹²⁹ Physician fears of the use of such tapes in medicolegal actions are understandable but, thus far, unfounded. In fact, the tapes often reveal that much more information was shared than either party realized, suggesting that the tapes may even be protective.¹³⁶

What Parents Want to Know: Surgical Procedures and Chronic Conditions

Patients undergoing surgery and their parents often want answers to seemingly "minor" questions.¹³⁷ The expected duration of the surgery, the amount of hair to be removed, the location and length of the incision and bandages, location and purpose of intravenous lines and other assorted tubes, and the child's likely appearance after the procedure are sources of concern that, although routine for practitioners, should be prospectively addressed.⁵⁴

Parents consistently state that they need more and clearer information about their children's health status, particularly in the setting of chronic or terminal illness.^{50,94,138-142} Parents of chronically ill children want more information about the child's condition, its treatment, and its long-term implications;^{94,142-144} they want

that information to be shared with them as soon as it is known.⁴²

Parents want advice about their child's behavior and development, genetic implications of the child's condition, and social contact with families in similar situations.^{39,142} They would like someone, preferably the physician, to provide oversight of the long-term care plan, including an opportunity for advance care planning and execution of advance directives.^{143,145} They want their views and concerns factored into the care plan and to be treated like partners (and often experts) in their child's care.^{5,53,54,94,137,142,143} They need affirmation of their efforts and assistance with and recognition of the need to preserve family solidarity and support, including social support, child care, education, and professional services;^{94,140,143,146} in some studies, parents report assistance with family and social support as their greatest unmet need.^{94,142,143} One proposed solution is to have an annual meeting of the family and physician to discuss the "big picture."⁹⁴ In short, parents of chronically ill children want a "medical home" as envisioned by the AAP. When appropriate information is not provided and this style of communication and relationship does not occur, the bitterness can linger for years.^{12-14,32,41,42} Physicians who are empathic, well informed, and honest are a source of strength for parents, particularly those struggling to adapt to a difficult situation.

Intraprofessional Communication

Particularly for children living with chronic health conditions, communication between primary care practitioner and specialist is critical for effective and efficient care.^{50,147-152} A recent study¹⁵³ indicates that pediatric practitioners agree about the importance of such communication but have difficulty putting it into practice. Specific recommendations include timely, systematic information transfer from generalist to specialist at the time of referral, after consultation, and during follow-up visits. A toolkit with practical recommendations and reimbursement strategies can be found at www.medicalhomeinfo.org/tools/toolkits.html. In addition, recognition of the medical home concept and a plan for comanagement and communication should be in place.^{50,147,153}

Telemedicine

In the setting of rural health care and limited numbers of pediatric specialists, communication and medical care may be provided via video and audio conferencing. Even in the case of psychiatric illness¹⁵⁴ and chronic illness requiring multispecialty input,^{155,156} parents and caregivers found this means of communication nearly as efficacious as in-person communication, particularly when combined with less frequent face-to-face consultations.^{155,156} Another application of telemedicine is to provide frequent updates and secure communication for parents and extended families and other practitioners when a child is receiving care in the ICU.¹⁵⁷

Communication With the Child Patient: Ethical, Relational, Developmental, and Cultural Considerations

Moral, Ethical, and Developmental Obligation to Include Children in Communication About Their Health

There is a moral and ethical obligation to discuss health and illness with the child patient, which is supported by a number of United Kingdom,^{158,159} Canadian,^{160,161} and US^{162,163} laws, policies, and court decisions (eg, *Bellotti vs Baird*, 443 US 622 [1979]¹⁶⁴), indicating an expectation that children will be active participants in their care.¹⁶⁵⁻¹⁶⁷ The principle of self-determination applies to children and adults.^{158,168-172} Involving children in communication about their health and in decisions regarding their health care shows respect for their capacities, will enhance their skill in the process of making future health decisions, and enables their essential input into decisions where there is no "right answer" other than the 1 that best meets the needs of the individual child and family.^{167,169,173,174} Older children and adolescents should have a significant role in such cases. When the patient and family disagree, the cultural and family values, roles, and structure that have always governed the relationship should be treated with due respect.

Communication as a Developmental, Relational, and Cultural Process

At its core, child health decision making is family-centered decision making.¹⁷³ Parents and children themselves are more satisfied and adherence to the treatment regimen is enhanced when the child is addressed in information gathering and in the creation of the treatment plan.^{5,78,169,175} However, parents want to be involved in the decision regarding how their children are informed about their health conditions.¹⁵⁰ It is, therefore, important to understand the preexisting parent-child relationship, the family's cultural and idiosyncratic values,¹⁷⁶⁻¹⁷⁸ and the developmental needs of the child, including the desire to participate in his or her own care plan.¹⁷⁸ Simultaneously, determination of the parents' perspectives on providing information to the child is imperative. It is important for parents to understand that research demonstrates improved adherence to the plan and resultant health outcomes when the child is treated as a partner. (For 2 recent reviews of the literature, see *Tates and Meeuwesen*¹⁷⁵ and *Rushforth*.¹⁶⁸) Pediatric health care quality will improve if the child is recognized to have his or her own individual cognitive and emotional needs, is taken seriously, and is considered to be intelligent, capable, and cooperative.^{5,137,150,168-170,173,175} Parents and practitioners should decide together whether the child will be present at the informational consultations, whether parents would prefer to tell the child themselves or have another person tell the child, and whether the informing interview will occur with or without the parents present. A recent literature review indicates that children 7 years and older are more accurate than their parents in providing health data that predicts future health outcomes, although they are worse at providing past medical histories.¹⁷⁹ Thus, significant attention to the child's input should be routine

TABLE 3 Strategies to Engage Children in the Outpatient Setting

Speak with the child; not at or to him or her
Speak in a private setting
Determine whom the child would like to be present (younger children will generally prefer parents to be present; children who have been abused by family members may need privacy to facilitate disclosure; most adolescents prefer privacy)
Begin with a nonthreatening topic
Listen actively
Pay attention to body language and tone of voice
Use drawings, games, or other creative communication tools
Elicit fears and concerns by reference to self or a third party
Ask the child what he or she would do with 3 wishes or a magic wand

Data were adapted from Lask.¹⁸⁰

practice. Assisting the child to achieve gradually increased capacity to take responsibility for the maintenance of health and the treatment of illness is a crucial task, specific to pediatric physicians and practitioners.^{5,168,169} See Table 3 for helpful strategies to accomplish this goal.

Despite these seemingly simple and cost-effective techniques, recent studies indicate that children are generally passive recipients of medical care, with little opportunity to express their concerns and virtually no attempt to engage them in the creation or implementation of a feasible care plan.^{150,181} In 1 study, children 8 to 15 years of age who had cancer perceived that they “occupy a marginal position in consultations . . . their priorities were of little interest to medicine.”¹⁵⁰

Enabling Effective Child Participation

In the past, children of any age were rarely consulted about their own health concerns. In current Western culture, children are highly valued, yet attention to their autonomous needs, especially when the child is not yet an adolescent, remains challenging.^{137,150,168,169,173} There are many reasons to include children as active partners in their own health care; however, this rarely happens.¹⁷⁰ Some attribute this situation to the dearth of tools to clarify children’s conceptualization of health and illness, to assess their capacity for decision-making, to effectively share information with children, and to assess the outcome of shared decision making on the child patient.¹⁶⁹

Children can be coached to effectively assume the role of a health partner. One study⁵ used brief videos, age-appropriate workbooks, and a short (1- to 2-minute) role-play for the child subjects. Simultaneously, the physician and parents were educated on the importance of the child’s participation. The goal was to enable children to raise concerns, ask questions, note information, and participate in the creation and troubleshooting of potential problems with the care plan. Coached children preferred an active role in their care and reported better rapport with the physician, recalling significantly greater amounts of information about their medication regimen than controls (77% vs 47%, respectively). Physicians can encourage the parent to coach the child to be an effective advocate for his or her own health.

The importance of the child possessing effective health communication skills becomes evident when trying to assess and treat a child’s subjective symptom, including pain. In the absence of the child’s input, it is difficult to understand the nature and severity of the pain; thus, it is nearly impossible to relieve the discomfort effectively and safely. It is well known that the use of patient-controlled analgesia assists with the resolution of pain beyond the dose of medication. The message that the child knows his pain, is in control of his therapy, and is trusted is a powerful therapeutic intervention.¹⁸² Children as young as 4 years of age have used patient-controlled anesthesia effectively.¹⁸³

In many cases, parents mistakenly think that not informing the child is best. Some professionals argue that paternalistic decisions (primarily on the part of the family) to withhold “harmful” information from the child can be justified.¹⁸⁴ This position is not supported in the literature that examines the child’s preference for information.^{5,150,167–169,181,185–188} One of the most striking was Bluebond-Langner’s¹⁸⁹ landmark study of terminally ill children, indicating that children as young as 3 years of age were aware of their diagnosis and prognosis without ever having been told by an adult. She found that adult avoidance of disclosure and denial of difficult information led the child to feel abandoned and unloved. At the same time, the child’s response is often to “protect” the “unaware” adults, despite great personal cost; this situation is called mutual pretense and it hurts both parties.¹⁸⁹ By using whatever information they have, children will continually try to make sense of their situations. An incomplete ability to understand does not justify a lack of discussion with a child who desires involvement in his or her care and decision making.

Children often understand more than has been assumed;^{168,185} increased experience with information they can understand creates a stable framework on which to add new information, promoting the integration of increasingly complex pieces of information.¹⁶⁹ Children need to have usable information, to be given choices (including their desired level of involvement), and to be asked their opinion, even when their decision will not be determinative.¹⁶⁵ Enhanced understanding provides a sense of control, which in turn mitigates fear, reducing the harms associated with illness and injury. Moreover, if the child is asking about the condition, he or she often already knows something is wrong and is checking to see whom to trust. Children who do not ask should be given the opportunity to receive information, but if they refuse it, information should never be forced on them.

Parents are also apparently harmed in the aftermath of nondisclosure to their children. A study of bereaved parents in Sweden indicates that all those who spoke openly with their children had no regrets, whereas 27% of those who did not speak to their children about dying not only regretted their decision but also suffered from an increased incidence of depression and anxiety as a result.¹⁹⁰ Thus, counseling parents about the benefits of disclosure should be invoked when they are reluctant to speak with their child about illness or death.

Adolescents' Roles in Health Care Communication and Decisional Authority

If adolescents are to be given authority for their health care decisions, they must receive thorough, developmentally appropriate, understandable information,¹⁶⁵ to enable an understanding of the condition, what to expect with various tests and treatments, the range of acceptable and practical alternative care plans, and likely outcomes of each option.¹⁹¹ Only then can adolescents fully participate as partners in their health care.

Because the ability to comprehend and decide is fluid and variable within and between individuals, the assent given by an informed child or adolescent who can weigh the pros and cons of the proposed intervention should be given progressively greater weight compared with parental permission.¹⁶⁵ However, the child's choice and parents' choices may be discordant. Expecting children to adhere to adult priorities and preferences may be illogical; Ladd and Forman¹⁹² argue that adults' priorities clearly change over the trajectory of adulthood. Thus, if no value set is static, the adolescent's seemingly trivial or superficial judgments may be just as legitimate as any other. They argue that total paternalism toward adolescents' decisions undermines respect for the emerging, autonomous adults they will become and the emotional investment they have in their current values. The values with which adolescents judge their options are applied to an adolescent who holds those values, not to an adult with divergent values. This tolerant model of decision making addresses potentially harmful decisions by giving weight to the adolescent's decision, with the proxy taking the role of educator, discussant, challenger, and shared decision maker.¹⁹³ Overriding the adolescent's decision should be undertaken with great trepidation, using the same criteria as are used to override an adult's choice.¹⁹²

Adolescents and Forgoing "Life-Prolonging" Treatments

Children who have undergone treatments for a condition know the burdens of therapy more intimately than the adults trying to help them. Although they may not appreciate all the hoped-for benefits, their input into treatment decisions is clearly critical for a legitimate weighing of the benefit-burden calculus.^{186,193-196} When adolescents are able to appreciate the hoped-for benefits, they then also have the capacity to make full-fledged decisions regarding whether to forgo medical interventions. Decisions to forgo life-prolonging treatments made by adolescents have been upheld in courts of law. Landmark cases are described by Traugott and Alpers.¹⁷³ Ridgway¹⁹⁷ found that when physicians oppose these decisions, the courts generally decide for the professionals, prompting a caution to physicians to carefully weigh the likely burdens and benefits before going to court to force treatment.

Adolescent Decision Making: Legal and Ethical Issues

By US law, adolescents younger than 18 years (19 years in Nebraska and 21 years in Michigan)¹⁹⁸ cannot make decisions about their health without their parents' per-

mission with some exceptions, notably emancipated minor status. Emancipated minors are persons younger than 18 years who live independent of their parents, who have taken on the responsibilities of an adult, including financial independence, parenthood, or military service, or who are emancipated by court order.¹⁹⁹ Most states recognize "mature minors" by criteria strikingly similar to emancipated minor status.²⁰⁰ However, both the age of the patient and the conditions vary somewhat from state to state. Adolescents who are neither emancipated nor mature minors are allowed by some state statutes to give legally binding consent for treatments for limited reasons (examples include testing and treatment for sexually transmitted infections, including HIV infection; drug or alcohol abuse; family planning; blood donation; and mental health care) without parental notification.²⁰¹

Cultural Considerations

Minority and non-English-speaking families often have cultural expectations and nuanced understandings of language that, if not understood and attended to, can substantially interfere with effective medical care and may lead to a decrease in health status for their children.¹⁷⁶ The AAP endorses the responsibility of the practitioner to be aware of and to accommodate the needs of such families.¹⁷⁸ At issue are concerns regarding who gets information, who makes decisions, amount of eye contact, forthrightness, and the need for indirect discussion. It is a good idea to be aware of the general cultural norms and taboos of the dominant subcultures attending the practice. Although there are guidelines for what is "culturally competent,"^{178,203} none describes any individual family. Rather than assuming that a family will identify itself a certain way or follow cultural "norms," it is generally safer to ask family members about the etiquette for communicating with them. "How should I give your family medical information about Mary?" "With whom do I share information?" "Who makes decisions?" "Are there topics that should not be directly discussed in your family?" Offering to wait until the relevant persons arrive is culturally respectful.

Members of subcultures that are typically passive with authority figures, who are fearful in medical situations, who make decisions that favor the group over the individual, or who have generally low educational levels may have special needs. These needs may include repeated invitations to ask questions, use of long silences during discussions, accommodation of large groups for information dissemination and health-planning discussions, extra time to consult with others when decisions are to be made, and written summaries or tapes of conversations to facilitate understanding through sharing information with others,^{129,177} particularly if there is limited English language proficiency. See Table 4 for suggested prompts to elicit culturally related health beliefs, concerns, and practices.

Use of Translators

The availability of trained translators is required by the Joint Commission.²⁰⁵ Medicaid partially pays for transla-

TABLE 4 Prompts to Elicit Medically Relevant, Culturally Important Information

What concerns prompted you to bring your child (use the child's name) for health care?

What behaviors and symptoms are of greatest concern to you?

What do you think caused this problem?

How do you think the illness affects your child?

What have you tried to do to make the illness better? Have you tried any traditional remedies?

Are there any specific dietary, religious, or cultural practices that need to be accommodated?

Data were adapted from De Trill and Kovalcik.²⁰⁴

tion services.²⁰⁶ Well-trained translators are often aware of cultural norms in addition to their language proficiency. Effective use of translators includes the establishment of a framework for collaboration; before the consultation begins, acknowledge the potential for and the desire to prevent cultural missteps. "I may ask you to say some things that you think are not culturally acceptable. If that happens, please let me know and guide me to more appropriately approach these topics." Use of untrained translators, such as bilingual children or other family members who are trying to absorb information and transmit it while emotionally upset, is inappropriate. Nonprofessional hospital employees are also a common source of "translation." Their knowledge of the English language is often limited, their educational levels, even in their own country, may be low, and they too will be assaulted emotionally with confidential and difficult information. There is rarely a debriefing opportunity for these kinds of volunteers in the aftermath of the discussion. Use of untrained translators is, therefore also, an unacceptable option.

Bad News

Bad news can be defined as "pertaining to situations where there is a feeling of no hope, a threat to a person's mental or physical well-being, a risk of upsetting an established lifestyle, or where a message is given that conveys to an individual fewer choices in his or her life."²⁰⁷ An alternate definition is that bad news is information that "results in a cognitive, behavioral, or emotional deficit that persists for some time."⁴⁶ Recognition that much of health care communication is actually bad news will improve attention to its delivery. As an example, although the diagnosis of neurofibromatosis type 1 may not seem to the practitioner to be bad news, the variability of the outcome and the lack of predictability of the disease make this diagnosis very difficult for parents.¹³

Similarly, the need for unanticipated blood tests for a needle-phobic child or the disruption of an unexpected overnight hospital stay, the need to take medications for the rest of one's life for a chronic condition, and many other common occurrences are bad news for families. Greater attention to the empathic delivery of bad news will result in improved skills when the stakes escalate, as in terminal conditions. Communication skills will be well honed and practitioner fear and guilt will not pre-

dominate when a bereaved parent states "I remember every aspect of what was said and how it was said when the doctor told me that my daughter had cancer."²⁰⁸

Pediatric oncologists have significant-to-profound discomfort in discussing prognosis, particularly the impending death of their patients.¹ Bereaved parents of trauma victims¹² have reported being told of the death in the hallway, waiting room, or other public area, implying a lack of training of emergency and surgery personnel. When information is delivered poorly, parents perceive a lack of empathy and respect, and memories of this experience may be etched in the minds of the survivors for the remainder of their lives, compounding and prolonging the grieving process.¹⁴ Given the risks of such permanent damage, there is a moral imperative to ensure that preparation for the effective and empathetic disclosure of bad news is routinely integrated into pediatric training.

Good Ways to Give Bad News

Most of the advice about breaking bad news in general applies to the ICU, ED, and delivery room settings and to the disclosure of terminal illness. The main difference is the time frame and the intensity of emotion, although even parents of chronically ill children who have survived many previous hospitalizations will also often be shocked (and frequently unbelieving) that the child will not recover this time ("We've been told that before, and he is still here").

Many clinicians believe there is no good way to give bad news. However, research with parents whose children had a wide range of diagnoses provides consistent guidance.^{15,24,32-35,40-42,46,47,92,209-213} See Table 5 for suggestions for breaking bad news with skill and empathy.

When hearing bad news, parents value a physician who clearly demonstrates a caring attitude and who allows them to talk and to express their emotions.⁴⁷ One effective opening to the conversation is to ask, "What do you already know about what is happening to (patient's name)?" Once their ideas are elicited, misperceptions should be corrected. Asking whether they know someone else with this diagnosis or situation and inquiring about their associated experience can be helpful. The latter question assists the physician to be aware of the family's fears and expectations. Pointing out how the child's situation is similar to or different from the previous experience helps parents to better understand the child's likely course.

Parental dissatisfaction with the process of breaking bad news is common. Use of a protocol for breaking bad news can substantially improve the experience.⁴¹ Comprehensive guides for breaking bad news are available.⁴⁰ Although needing to inform parents of a chronic, incurable diagnosis may challenge a physician's feelings of competency, parents are most attentive to the affective relationship of their informant, rather than the ability of the informer to "fix it." Parents are able to distinguish the difference between the delivery of the news and the news itself.³²

One US study in the 1980s²⁰⁹ found that parents of children with cancer, when hearing the initial diagnosis,

TABLE 5 Suggestions for “Breaking Bad News” With Skill and Empathy

Do not disclose bad news over the telephone
Use trained translators as needed
Avoid telling a lone parent without his or her spouse and/or a preferred support person present
Enable the parents to touch the deceased child before or during the interview
Hold or touch the child with obvious care
Recognize that parents are primarily responsible for their child
Show caring, compassion, and a sense of connection to the patient and the family
Pace the discussion to the parents’ emotional state; do not overwhelm them with information
Do not use jargon
Elicit parents’ ideas of the cause of the problem; ensure they do not blame themselves or others
Name the illness and write it down for the parents
Ask the parents to use their own words to explain what you have just told them to confirm effective transmission of information
Address the implications for the child’s future
Acknowledge their emotions and be prepared for tears and a need for time; it is helpful to bring a social worker and/or chaplain to the meeting
Be willing to show your own emotion; aloofness or detachment is offensive
Give parents time to be alone to absorb the information, react, and formulate additional questions
Be able to recommend relevant community-based resources
Provide contacts with other willing families with a similarly affected child
Provide a follow-up plan and make an appointment for the next conversation

Data were adapted from Krahn et al,¹⁵ Fallowfield,³⁵ Nursey et al,⁴² Heller and Solomon,¹²⁵ and Woolley et al.²¹⁴

desire less information at that time, preferring an emphasis on establishing trust with new caregivers. Parents’ trust of advice is built by acknowledging the grief, anxiety, and fear the family is experiencing and inviting them to share their feelings and ask questions. Gradually sharing additional illness and treatment information, supplemented by written or taped materials, and providing a means to contact the physician when additional questions arise, is also greatly appreciated.³² Many parents now are asking for e-mail contact and, in some instances, this is a reimbursable service.²¹⁵

When parents (predictably) become upset during the informing interview, acknowledge their grief and fear by waiting until their attention turns back to the discussant, then state (for instance):

“I can see you were not expecting this.” (Silence)

“You seem quite upset; I would be, too. (Silence.) Do you know anyone who has had this illness? (Silence.) How did things go for them?”

Facial tissues are essential equipment. Parents want hopeful and positive things said about their child, and an opportunity to touch or hold the child, particularly newborn infants or children from whom they have been separated during a transport. They need recognition by the physician of the child’s unique value as an individual first and as an ill or injured person second.¹⁵ Speaking of the child as if he or she “is” the diagnosis is hurtful.

As time progresses, parents also appreciate emotional support and affirmation of their efforts and ability to care

for the child. “Your child is lucky to have you for parents! I can’t imagine anyone doing a better job than you two!” Harsh or judgmental statements about the child, the parents, or their behaviors are unhelpful.

Communication in the ICU and ED

Bad News in the ED

In the ED, parents often arrive separately from the child. If they are available by telephone, let them know the child is seriously ill/injured, but do not disclose death over the telephone unless the parent is insistent. Suggest they come in as soon as possible and bring their spouse and a close friend with them. Ask them to be careful and to consider letting someone else drive, because they are at an increased risk of having an accident because of their appropriately upset emotional state.

If a child is undergoing resuscitation when the parents arrive at the ED, it may be appropriate to offer the parents the opportunity to be with the child.^{216–222} The majority of families offered this option accept and feel much better knowing that “everything was done” and that they were there in the child’s last moments of life.^{223–228} Parents should know they do not have to go into the resuscitation area if they choose not to; affirmation should be provided indicating that loving and good parents decide either way. If the parents choose to be present, a staff member should be assigned as a dedicated escort. This individual should tell them what they will see and let them know they can leave at any time. Parents should be informed that they will be asked to leave if they interfere with the team’s function or seem to be harmed by being there. When in the room, the escort explains the role of each person present, what is being done, then affirms that, despite all that is going on, this is still their child (use the child’s name) and that he or she may be able to hear the parent. The escort can suggest the parents touch and speak to the child, assuring him or her of the family’s love.

An even more challenging task is to inform families of trauma victims that their previously healthy child is dead.²²⁹ Jurkovich et al¹² studied the experiences of bereaved families of child and adult trauma victims. The findings and recommendations were consistent with those for ICU patients. The most important attributes of the communication, from the parents’ perspectives, are the attitude of the informer, clarity of the message, privacy of the conversation, and the ability of the informer to accurately answer parents’ questions. Many parents recounted positive experiences, primarily of having caring hospital and prehospital staff. Physicians garnered most of the negative comments. Rank and attire were of minimal concern to these families.

After greeting the parents and escorting them to a private area, have someone who has directly participated in the care of their child speak with them. Sit down and bring tissues. Begin by asking what they know so far. Ask when they saw the child last and what he or she was doing at that time. Explain any factual details that are known about what happened at the scene and what has been done so far in the resuscitation. There are

TABLE 6 Family Centered Communication and Support in the ICU

Early (within 24–48 hours of admission) and frequent communication
Indication that the health care team cares for the child as an individual
Practitioners trained in meeting facilitation and conflict management
The use of open-ended questions and reflective explanation
Hopeful but honest and clear communication; acknowledgment of uncertainty
Discussion of likely and hoped-for outcomes
Use of numeric terms when describing probabilities; use of drawings and models
Provide timeframes for improvement and future discussion
Participation of families in clinical bedside rounds, caregiving for their child and ability to stay with their child during invasive procedures
Listen to and involve the nurse, chaplain, and social worker in the information loop
Open visitation, including sibling and pet visitation
Consistent caregivers; if this is not possible, ensure consistency of the message
Prompt informing of parents of transitions, such as a change of location, condition, treatment plan, assignment of attending physician or residents
Shared decision making rather than autonomy; encourage the parents to involve their family, friends, and medical home pediatrician to help them to understand information and make decisions
Written, audiotaped, and computerized education for families (see www.icu-usa.com)
Discussion and support of coping mechanisms, including religious and spiritual values
Initiation of palliative care at the time of admission

Data were adapted from Todres et al,¹⁶ Davidson et al,²²⁸ Robinson et al,²³¹ and Todres.²³²

2 choices at this point; the first is immediate notification of the death, offering to escort the parents into the room to be with the body, and explaining what was done and that the child's injuries were too severe to survive but reassuring them that everything that could have been done to save the child's life was done.⁹² Alternatively, there can be a staged disclosure, initially telling them that the child is very severely injured and at risk of dying, but that everything possible to save him is still being done. Tell them you are going to check on the rescue team's progress, leaving a team member in the room with them; make sure the rescue area is cleaned up and that the child's body is presentable. Leave some of the tubes in place to demonstrate the efforts that were made to save the child's life. Call the chaplain and the social worker if they are not on the scene.²³⁰ Then, go back and inform the parents of the child's death a few minutes later. In the case of sudden, unexpected, and overwhelming illness or death, parents will likely be shocked, highly emotional, angry, and suspicious. This reaction, although difficult to endure as the perceived target of their animosity, is certainly understandable. A parent might blurt:

"But I put Juanita on the school bus this morning. She can't be dead!"

Offer to take parents in to see their child, and ensure a member of the resuscitation team is available to provide the specifics of what was done and to answer any questions. If feasible, move the body and the family to a private area to maximize privacy and minimize disruption; allow families to have some private time with the body. Ensure an appropriate environment, including a rocking chair, support persons from the family, and a limited number of members of the care team, if desired

TABLE 7 Coping Strategies of Parents of Critically Ill and Injured Children¹⁶

Focus on the positive (hope)
Minimize the significance of the information
Preoccupation with medical details
Support from family, friends, and clergy
Religious faith
Hostility, depression, irritability

by the family. Do not rush them. Experience indicates that 2 to 3 hours is the maximum time most families want to remain with the body; 15 to 20 minutes is more common.⁹³

Communication in the NICU and PICU

Communication within an NICU or PICU generally involves bad news in a very foreign environment, virtually always with large numbers of unfamiliar health care professionals. Guidelines have been promulgated to suggest important ways to support families of ICU patients.²²⁸ See Table 6 for suggestions with regard to communication.

Understanding how parents cope with bad news may prevent some judgmental conclusions and may assist ICU caregivers to be effective communicators with families. See Table 7 for a list of coping mechanisms, both adaptive and maladaptive, of parents with critically ill children.

The stakes involved in having a child in the ICU and the constant uncertainty make negative reactions understandable.¹⁶ Parental sources of stress include seeing their child in pain, frightened, or sad, and the inability to communicate with the child.²³³ Increased attention to the fulfillment of parental needs can improve relations between parents and ICU staff.

Special Communication Considerations in Terminal Illness

No communication is more difficult than telling a parent that his or her child will die. However, in many instances, painful as it is, parents may be hoping doctors will do just that. Parental recognition that one's child is suffering, disproportionate to the likelihood of benefit, is extremely distressing. However, it is a rare parent who will challenge the physician who continues to hold out hope for "cure" or prolonged life. Parents and adult patients expect physicians to recognize and discuss the need to change the goals of care. In 1 study, 45% of parents of critically ill children thought it may be time to stop attempts to treat the illness before the physician brought it up, but none broached the topic.²³⁴ Many physicians, however, wait until they perceive the family or patient is "ready," leading to additional emotional and physical suffering, including a prolonged dying process. Mixed messages from multiple consultants, particularly in the ICU setting, can be extremely confusing and upsetting for families, often leading to poor decision making as the parents (understandably) hold on to the most hopeful messages. Having a clear captain of the care team, one who is evaluating the situation as a whole,

particularly as death nears, is extremely helpful in preventing such problems.

Bad News in the Delivery Room

Despite increasing accuracy and availability of prenatal diagnosis, a pediatrician can be confronted in the delivery room by a child who is too immature to survive or who has anomalies that are incompatible with life; attempts at resuscitation would be inappropriate in these situations.²³⁵ When prematurity is the problem, the parent is generally already aware of this. Introducing oneself and providing “a warning shot” may be helpful.

“I am Dr. _____ and I am the pediatrician who was called by your physician to care for your infant. My team and I have experience doing everything possible to help premature newborns. Based on your history and our examination, it seems, unfortunately, that your daughter was born too early to survive for very long, no matter what we do. (Pause) I am sorry. I really wish it were different. At this point, we are ensuring her warmth and comfort. (Pause) Does she have a name? Would you like to spend some time with her and hold her?”

Point out the infant’s normal features. Important things not to say at his time include asking when the mother noted her premature labor or asking about factors that may have triggered premature delivery. Blaming is unhelpful and unnecessary; avoidance of a recurrence can be accomplished at a future time when the information can be seen as helpful and can be absorbed.

For the near-term child with lethal anomalies, the diagnosis has typically been made before delivery. In this case, it can be helpful for pediatricians to ask parents what they know and provide confirmation of what they see. Goals of care should have already been established; in some settings, a prenatal hospice program may have been set up and available for support during the delivery.²³⁶ If not, or if the diagnosis is unexpected, a “warning shot” is needed, followed by empathic and clear disclosure. Hovering and whispering about the infant only adds to the panic and confusion.

“I am Dr. ____ and I was asked to help care for your son. He has beautiful hands! And he also appears to have some unusual characteristics. Did you or your obstetrician have any concerns or suspicions that something may have been different about your baby before his birth?”

If the prognosis or diagnosis is not clear, the infant will likely be brought to the NICU for additional evaluation and management.²³⁵ An explanation of what will be done, how long it will take, when the parents can visit, and when more will be known is important. If the child has a clearly lethal anomaly (eg, anencephaly), the child should not be separated from the parents unless that is their preference, and the process of palliative care should begin immediately. Pointing out the normal features of the child and ensuring the parents do not blame themselves for the anomalies are important therapeutic interventions. Asking whether parents wish to bathe or dress their child or have siblings hold their child helps families accept the newborn. If the infant is alive, attend to its comfort with warm blankets and maternal skin

contact, if desired. Suggest making a hand mold or print, cutting a lock of hair, or taking photographs. Offer to call a chaplain or the parents’ own clergy, if they prefer, to assist them to explore meaning and to help with any rituals.²³¹ Give them time to be with the infant or the body in a private place for as long as they desire. Offer help to call friends or family if they choose. Ensure bereavement follow-up.

In the NICU and PICU, parents are often asked to participate in the decision-making process regarding the use of “life-prolonging” measures. Little research addresses effective and compassionate ways to communicate about stopping critical care interventions and changing goals of care, although much research documents dissatisfaction with current methods. The usual way of addressing the failure of medical therapy can be very problematic and may generate thoughts or conclusions that are unintended but potentially devastating. Table 8 presents common medical statements, how they may be perceived, and suggests alternatives.

INFORMED CONSENT, COMMUNICATING RISKS, AND BENEFITS OF RESEARCH

Sometimes, when conventional treatment has failed, clinical trials are available. Although parents often state their motives to enroll their child in research are altruism and/or the desire to learn more about their child’s disease, it is interesting to note that, when they are in an outpatient setting and less rushed to make a decision, participation rates in clinical trials are lower than in inpatient settings.²³⁷ It is clearly difficult to achieve truly informed consent for medical care or procedures, let alone clinical research, when death is likely; strong emotions govern such situations. The need to explain complex constructs of risks and benefits, randomization, physiology, and often, pharmacology to lay people is daunting. Nevertheless, there is still an obligation to make a valiant effort to obtain truly informed consent. Too often there is a problem of therapeutic misperception, representing that the purpose of the research is to treat the patient rather than benefit future patients.²³⁸ Indeed, therapeutic misperception may sometimes even be fostered by investigators. However, a recent analysis of cancer trials found that there were “insufficient data to conclude” that enrollment in clinical trials resulted in improved outcomes.²³⁹ According to the Institute of Medicine Committee on Clinical Research Involving Children,²⁴⁰ consent, permission, and assent should be viewed as a process of communication, encouraging questions at the initiation and throughout treatment to assess understanding and ensure lack of coercion in ongoing participation. These recommendations are based in part on 2 other important, recent reports on research ethics.^{241,242}

A study of consent for childhood leukemia trials found that not providing information, and lack of understanding of information presented, hampered the achievement of informed consent.²⁴³ For instance, randomization was not mentioned in 17% of cases, and parents did not understand it 50% of the time, despite efforts to explain the concept. Similarly, 18% of parents

TABLE 8 Methods of Communicating Sensitive Health Care Information and Perceptions of Communication

Usual Method of Communicating Message	How the Usual Communication May Be Perceived	Alternative Method of Communicating Message
"Do you want us to do CPR?"	"CPR would work if you would allow us to do it"	"Tell me what you know about" CPR. "CPR is most helpful for patients who are relatively healthy, and even then, only 1 of 3 patients survive. Many of Lisa's organs are not working. As you know, she is getting dialysis to clean her blood like her kidneys would have, a breathing machine for her lungs, and medicine to keep her blood pressure up. If her heart were to stop, it would not be because there is a problem with her heart (it is fine), but it would be because she is dying. All of our hearts stop when we die. So pumping on her heart, or "doing CPR" will not make her better. On the other hand, while I would recommend not doing CPR, I am not recommending stopping any other treatment she is receiving at this time. There is still a chance that she may get better. Let's hope for the best, but also plan for the worst. We will need to keep a close watch on her and keep you up to date on how she is doing. Do you have any questions?" "Let's talk again later today so I can update you. Is there anyone else I need to talk to?"
"Let's stop heroic treatment"	"We will provide less than optimal care" (What is heroic about performing invasive, painful, costly, nonbeneficial care?)	"At this time, I think the most heroic thing we can do is to understand how sick Jamal is and stop treatments that are not working for him. I think we should do all we can to ensure his comfort and yours, make sure there are no missed opportunities, and ensure we properly celebrate his life. I will follow your lead on this. Some ideas that have helped other families include getting him home with help for you if you wish, or you may choose to have his friends and your family come here instead and have a party; you can bring his clothes so that he will look like himself, bring in his music or a photo album and relive some of your best memories of him, make a mold of his hand so that you will always have his hand to hold, or anything else that would be a proper celebration of his life."
"Let's stop aggressive treatment"	"We will not be attentive to his needs, including symptom distress and need for comfort"	"We will do all we can to ensure he is as comfortable as possible."
"Aeisha has failed the treatment"	"The patient is the cause of the problem"	"We have tried all the proven treatments and even some experimental ones for Aiesha. Unfortunately, we did not get the results we had hoped for. I wish it were different!"
"We are recommending withdrawal of care for Marisa"	"We are going to abandon her and you"	"Marisa is too ill to get better. We need to refocus our efforts on making the most of the time she has left."
"There is nothing more we can do for Adam"	"We will allow him to suffer, we do not care about him, we only care about fighting the disease"	"We need to change the goals of our care for Adam. At this point we clearly cannot cure him, but that does not mean we can't help him and your family."
"Johnny is not strong enough to keep going"	"Johnny is weak"	"Johnny is a strong boy and he has fought hard with us to beat his disease. Unfortunately, as much as we wish we could, we cannot cure Johnny. At this point, we are hurting him rather than helping, giving him side effects, and keeping him from being at home or taking a trip, or whatever he really wants to do with the time he has left."
"We will make it so Thuy does not suffer"	"We are going to kill Thuy."	"We will do everything we can to make Thuy comfortable."
"We need to stop active treatment for Dwayne"	"We will not take care of him at all"	"The goal of curing Dwayne's disease, despite the best efforts of a lot of smart and hard-working people, is no longer possible. We are so sorry and wish that that were different! I have cared for many children who are as sick as your son. It is very hard on all of us, especially you, his parents and family when the treatments do not work as we had hoped. Many parents like you have agreed to stop efforts to cure when they are not working, as difficult as that is. Would you like me to put you in touch with some of the other parents who have been through this too?"
"Do you want us to stop Bobby's treatment?"	"You are the final arbiter of your child's death"	"Bobby is lucky to have such excellent, loving and selfless parents. I know this is hard; we will get through it together. I am glad you agree with our recommendations to change the goals of care to better meet Bobby's needs. I will let my team know what we have decided."
"I am glad you agree. Will you sign Juan's do-not-resuscitate order?"	"You are signing his death warrant"	"There is no surgery, no medicine, and all the love you clearly feel for Juan will not make him better, he is just too sick. I wish it were different." (Silence) "I will change his orders to make sure he only gets tests and treatments that can help him now."

CPR indicates cardiopulmonary resuscitation.

TABLE 9 Suggestions to Improve Communication About Clinical Trials

Ensure the presence of a nurse
Read the consent document with the parents, explicitly soliciting questions and allocating sufficient time to answer them
Provide time to process the information, including taking the consent document home overnight
Provide written and video explanations
Provide information in the family's native language when possible
Provide names and contact information for practitioners who can offer independent, competent second opinions
Conduct a daily education conference to allow information to be incrementally processed

Data were adapted from Kodish et al.²⁴⁴

lacked understanding of the right to refuse to participate (attempted explanation, 97%) and 20% did not understand the right to withdraw from the study at any time (attempted explanation, 72%).²⁴³ In another study, parents did not understand the existence or details of treatment alternatives.²⁴⁴ Health literacy is a problem for much of the adult US population, not just parents.^{245,246}

Children being offered the opportunity to participate in clinical research trials must be asked their opinion and must give permission to proceed. In fact, the requirement for affirmative child assent is codified in the Current Federal Regulations.^{247–249} The opportunity to provide assent implies the ability to dissent as well; dissent must be taken seriously but is not considered to be determinative, when rendered by the child, if the trial holds realistic promise for a beneficial outcome. These concerns and needs must be anticipated as routine and accommodated. Clinical investigators need explicit training regarding how to obtain truly informed consent.²⁴⁴ Suggestions to help improve communication about clinical trials are in Table 9.

In the setting of research with a potentially terminally ill child, emotions run high. Parental and clinician ability to judge the situation on the objective merits of the alternatives, within the framework of long-held values, is severely challenged and rarely accomplished. An altruistic child may prefer to continue on to benefit others, regardless of his or her own outcome.¹⁹⁵ These children are ideal candidates for research. However, others want desperately to control their destinies and to enjoy the time remaining. Parents' need to sustain life, often at all costs, can blind them to the child's need to enjoy it. It is the clinician's obligation to ensure that the risks and benefits are communicated in an unbiased way, while giving recommendations based on disclosed priorities and experience. Decisions should incorporate the views of the child, parents, and other caregivers who know the child well. Additional research is desperately needed to ensure a process that enables truly informed consent.²⁴⁰

Presenting Palliative Care as a Viable Alternative to Research Participation

At such vulnerable times, parents are often told that the "only" alternative to enrollment in experimental therapies is "doing nothing," an alternative that is never at-

tractive and is also never true. Each treatment option should be evaluated based on the likely (not just hoped for) outcomes in this individual child's case, given his or her illness history and comorbidities, and the known and possible burdens and complications, including pain, isolation, fatigue, and missed opportunities. The merits and burdens of pursuing palliative goals of care without further attempts to reverse the disease versus experimental or "innovative" (uncontrolled research) treatment must be clearly explained to ensure that a choice is truly being offered.

Palliative care can be provided concurrently with life-extending measures^{81,228} or can be the sole focus of care. Palliative care is intensive care, addressing the whole child within the context of self, family, and community. Palliative care attends to spiritual, physical, emotional, and social needs of the patient while also addressing the needs of parents, siblings, and others affected by the child's illness and ultimate death. Palliative care can facilitate an excellent quality of living in the face of a short life expectancy, ensuring that the child and his or her family live fully, despite being in the shadow of inevitable death.^{14,81,121,250} Children can even live longer than expected when effective palliative care is offered because of renewed hope and relief of symptoms that are too often ignored in other treatment paradigms.

Postmortem Communication

Parents are generally supported by family, friends, the community-based medical home pediatrician, and their congregational clergy after the death.⁹³ However, they often feel cut off from the people with whom they developed an intense bond in the hospital; the last people to assist them to care for their child, the people who guided their initial acknowledgment of their child's death.²³⁴ Even small tokens of continued concern have a huge effect on families. In a study of bereaved survivors of adult patients, a condolence card, signed by direct care providers and mailed 2 weeks after the death, had a profound impact.²⁵¹ Ninety-four percent of the recipients still had the card in an easily accessible place 1 year later. One woman whose husband died in the ED stated that the card helped her cope with his unanticipated death, because "at least I know he died among caring people." There is published guidance for physicians about how to write a condolence card,²⁵² but even a signature will suffice.

Sometimes, especially when practitioners have become extremely close to the patient, attending the memorial or funeral service may be appropriate. This act serves to let the family know that the concern and attachment they perceived were real; it may also allow some healing for the practitioner, who otherwise may "burn out" from the emotional exhaustion of the investment in children who die and their families. Giving oneself permission to love and let go is important, and societal rituals may assist in the resolution of the professionals' grief as well. Families are generally overcome with appreciation when the physician attends the memorial or funeral and can be resentful when they do

not.¹²⁵ The AAP endorses an active role for the pediatrician in providing bereavement care.⁸²

Autopsies as Communication Opportunities

Particularly if an autopsy is performed, it is advisable to have a postmortem conference with the parents (and sometimes siblings as well) approximately 6 to 8 weeks after the death.^{93,253–255} As parents reflect on the whirlwind events of their final days with their child, numerous questions arise. They need a vehicle to have these questions answered efficiently. If an autopsy is performed and there is no opportunity to hear and discuss the results, parents may become suspicious that the medical establishment was “experimenting” on their child.^{92,93} Moreover, parents may have requested the autopsy to assist in family planning or to determine the need to do screening procedures on close relatives; thus, they may be awaiting the results anxiously. An in-person meeting allows the treating physician to answer all the family’s questions, translate the autopsy findings into understandable lay language, and importantly, to check on the well-being of the parents and siblings. The family and the staff appreciate coordination of the timing of this meeting so all important members of the care team can attend. Long-term follow-up may include an annual card on the child’s birthday or anniversary of the death, invitation to annual memorial services at the hospital, or other locally appropriate options.

MEDICAL ERROR DISCLOSURE

Medical errors are increasingly in the public eye. Communication about medical errors is 1 of the most challenging aspects of health care,²⁵⁶ yet parents exhort caregivers to be forthright and timely in revealing the mishap.¹⁰⁴ Training on how to approach patients and families about the occurrence of a medical error can increase family and patient satisfaction regarding these situations and can substantially decrease the medical malpractice payouts related to such occurrences. (Multiple case studies are available at www.sorryworks.net.)

PHYSICIAN SELF-CARE

Medicine is a challenging and rewarding profession. It requires lifelong learning, not only from books, journals, and courses, but also from attention to interactions with patients and families. Physicians have a difficult job; the responsibility to communicate effectively and efficiently to clarify the diagnosis, consider psychosocial and existential concerns, respect family and other supporters’ needs, and to come to an agreed-on plan of care is substantial and can be overwhelming. Allowing time between patients and debriefing conversations with staff, increased physician education on communication, and improved payment for counseling time can help.

SUMMARY

Effective, empathic communication is an essential skill for physicians caring for pediatric patients and their families. It can lead to improved outcomes for children, their families, and physicians themselves. Communication de-

serves a place at center stage for pediatric education, practice, and research.

COMMITTEE ON BIOETHICS, 2005–2006

Douglas S. Diekema, MD, MPH, Chairperson
Armand H. Antommaria, MD, PhD
Mary E. Fallat, MD
Ian R. Holzman, MD
Steven R. Leuthner, MD
Lainie Friedman Ross, MD, PhD

LIAISONS

Neil W. Boris, MD
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Christine E. Harrison, PhD
Canadian Paediatric Society
Marcia Levetown, MD
American Board of Pediatrics
Arlene Morales, MD
American College of Obstetricians and Gynecologists

CONSULTANT

Dena S. Davis, JD, PhD

STAFF

Alison Baker, MS

REFERENCES

1. Hilden JM, Emanuel EJ, Fairclough DL, et al. Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end-of-life care: results of the 1998 American Society of Clinical Oncology survey. *J Clin Oncol*. 2001;19:205–212
2. American Academy of Pediatrics, Future of Pediatric Education II Task Force. The future of pediatric education II: organizing pediatric education to meet the needs of infants, children, adolescents and young adults of the 21st century. *Pediatrics*. 2000;105(1 pt 2):157–212
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. *Pediatrics*. 2001;108(5):1227–1230
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician’s role. *Pediatrics*. 2003;112(3 pt 1):691–697
5. Lewis CC, Pantell RH, Sharp L. Increasing patient knowledge, satisfaction and involvement: randomized trial of a communication intervention. *Pediatrics*. 1991;88(2):351–358
6. Greenberg LW, Ochsenschlager D, O’Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communicating bad news: a pediatric department’s evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics*. 1999;103(6 pt 1):1210–1217
7. Wolraich M, Albanese M, Reiter-Thayer S, Barratt W. Teaching pediatric residents to provide emotion-laden information. *J Med Educ*. 1981;56(5):438–440
8. Greenberg L, Ochsenschlager D, O’Donnell R, Mastruserio J, Cohen G. Counseling parents of a child dead on arrival (DOA); the effective use of standardized patients (SPs) [abstr]. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:P42. Abstract 121
9. Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills: an essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(6):638–642
10. Vaidya VU, Greenberg LW, Patel KM, Strauss LH, Pollack MM. Teaching physicians how to break bad news: a 1-day

- workshop using standardized patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(4):419–422
11. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al. Communication skills training in oncology: description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer.* 1999;86(5):887–897
 12. Jurkovich GJ, Pierce B, Pananen L, Rivara FP. Giving bad news: the family perspective. *J Trauma.* 2000;48(5):865–873
 13. Ablon J. Parents' responses to their child's diagnosis of neurofibromatosis I. *Am J Med Genet.* 2000;93(2):136–142
 14. Field MJ, Behrman RE, eds. *When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families.* Washington, DC: National Academies Press; 2003 Available at www.nap.edu/books/0309084377/html/index.html. Accessed April 28, 2006
 15. Krahn GL, Hallum A, Kime C. Are there good ways to give 'bad news'? *Pediatrics.* 1993;91(3):578–582
 16. Todres ID, Earle M, Jellinek MS. Enhancing communication: the physician and family in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am.* 1994;41(6):1395–1404
 17. Maguire P. Improving the recognition of concerns and affective disorders in cancer patients. *Ann Oncol.* 2002;13(suppl 4):177–181
 18. Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C, Hiller V. Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer.* 1996;32A(1):78–81
 19. Maguire P, Faulkner A, Regnard C. Eliciting the current problems of the patient with cancer: a flow diagram. *Palliat Med.* 1993;7(2):151–156
 20. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care.* 1988;26(7):657–675
 21. Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient information retention and satisfaction. *J Fam Pract.* 1977;5(2):217–222
 22. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med.* 2004;79(2):186–194
 23. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423–1433
 24. Myers BA. The informing interview: enabling parents to "hear" and cope with bad news. *Am J Dis Child.* 1983;137(6):572–577
 25. Weiner EE, Smith RS. *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth.* New York, NY: McGraw Hill; 1982
 26. Rutter M, Rutter M. *Developing Minds, Challenge and Continuity Across the Lifespan.* London, United Kingdom: Penguin Books; 1992
 27. Rost K, Carter W, Inui T. Introduction of information during the initial medical visit: consequences for patient follow-through with physician recommendations for medication. *Soc Sci Med.* 1989;28(4):315–321
 28. Johnson JE. Effects of structuring patients' expectations on their reactions to threatening events. *Nurs Res.* 1972;21(6):499–504
 29. Stiles WB, Putnam SM, Wolfe MH, James SA. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Med Care.* 1979;17(6):667–681
 30. Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics.* 1984;74(6):1047–1053
 31. Woolley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med.* 1978;12(2A):123–128
 32. Garwick AW, Patterson J, Bennett FC, Blum RW. Breaking the news: how families first learn about their child's chronic condition. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149(9):991–997
 33. Lynch EC, Staloch NH. Parental perceptions of physicians' communication in the informing process. *Ment Retard.* 1988;26(2):77–81
 34. Quine L, Pahl J. First diagnosis of severe handicap: a study of parental reactions. *Dev Med Child Neurol.* 1987;29(2):232–242
 35. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet.* 1993;341(8843):476–478
 36. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-parent interactions on the outcomes of chronic disease [published correction appears in *Med Care.* 1989;27:679]. *Med Care.* 1989;27(suppl 3):S110–S127
 37. Skipper JK Jr, Leonard RC. Children, stress and hospitalization: a field experiment. *J Health Soc Behav.* 1968;9(4):275–287
 38. Dubin WR, Sarnoff, JR. Sudden unexpected death: intervention with the survivors. *Ann Emerg Med.* 1986;15(1):54–57
 39. Montgomery V, Oliver R, Reisner A, Fallat ME. The effect of severe traumatic brain injury on the family. *J Trauma.* 2002;52(6):1121–1124
 40. Boyd JR. A process for delivering bad news: supporting families when a child is diagnosed. *J Neurosci Nurs.* 2001;33(1):14–20
 41. Cunningham CC, Morgan PA, McGucken RB. Down's syndrome: is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable? *Dev Med Child Neurol.* 1984;26(1):33–39
 42. Nurse AD, Rohde JR, Farmer RD. Ways of telling new parents about their child and his or her mental handicap: a comparison of doctors' and parents' views. *J Ment Defic Res.* 1991;35(pt 1):48–57
 43. Lautrette A, Cirolto M, Ksibi H, Azoulay E. End-of-life family conferences: rooted in the evidence. *Crit Care Med.* 2006;34(suppl 11):S364–S372
 44. Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(1):14–19
 45. Strauss RP, Sharp MC, Lorch SC, Kachalia B. Physicians and the communication of "bad news": parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. *Pediatrics.* 1995;96(1 pt 1):82–89
 46. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA.* 1996;276(6):496–502
 47. Sharp MC, Strauss RP, Lorch SC. Communicating medical bad news; parents' experiences and preferences. *J Pediatr.* 1992;121(4):539–546
 48. Klein SD. The challenge of communicating with parents. *J Dev Behav Pediatr.* 1993;14(3):184–191
 49. Levinson W. Doctor-patient communication and medical malpractice: implications for pediatricians. *Pediatr Ann.* 1997;26(3):186–193
 50. American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics.* 2002;110(1 pt 1):184–186
 51. Bernzweig J, Takayama JI, Phibbs C, Lewis C, Pantell RH. Gender differences in physician-patient communication. Evidence from pediatric visits. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(6):586–591
 52. Wertlieb D. Converging trends in family research and pediatrics, recent findings for the Task Force on the Family. *Pediatrics.* 2003;111(6 pt 2):1572–1587
 53. Street RL. Physicians' communication and parents' evaluation of pediatric consultations. *Med Care.* 1991;29(11):1146–1152
 54. Lashley M, Talley W, Lands LC, Keyserlingk EW. Informed proxy consent: communication between pediatric surgeons and surrogates about surgery. *Pediatrics.* 2000;105(3 pt 1):591–597

55. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication; the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385–1387
56. Young KT, Davis K, Schoen C, Parker S. Listening to parents: a national survey of parents with young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152(3):255–262
57. Cheng TL, Savageau JA, DeWitt JG, Bigelow C, Charney E. Expectations, goals and perceived effectiveness of child health supervision: a study of mothers in a pediatric practice. *Clin Pediatr (Phila)*. 1996;35(3):129–137
58. Byrnes AL, Berk NW, Cooper ME, Marazita ML. Parental evaluation of informing interviews for cleft lip and/or palate. *Pediatrics*. 2003;112(2):308–313
59. Corrigan JJ, Feig SA; American Academy of Pediatrics. Guidelines for pediatric cancer centers. *Pediatrics*. 2004;113(6):1833–1835
60. American Academy of Pediatrics, Section on Cardiology and Cardiovascular Surgery. Guidelines for pediatric cardiovascular centers. *Pediatrics*. 2002;109(3):544–549
61. Kopelman L. Cynicism among medical students. *JAMA*. 1983;250(15):2006–2010
62. Burstein AG, Loucks S, Kobos J, Johnson G, Talbert RL, Stanton B. A longitudinal study of personality characteristics of medical students. *J Med Educ*. 1980;55(9):786–787
63. Whittemore PB, Burstein AG, Loucks S, Schoenfeld LS. A longitudinal study of personality changes in medical students. *J Med Educ*. 1985;60(5):404–405
64. Wallace AG. Educating tomorrow's doctors: the thing that really matters is that we care. *Acad Med*. 1997;72(4):253–258
65. Kay J. Traumatic deidealization and the future of medicine. *JAMA*. 1990;263(4):572–573
66. Petersdorf RG, Turner K. Are we educating a medical professional who cares? *Am J Dis Child*. 1992;146(11):1338–1341
67. Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med*. 1992;116(10):843–846
68. Wolf AM, Ingelfinger JA, Schmitz S. Emphasizing attitudes toward the doctor-patient relationship in medical education. *Acad Med*. 1994;69(11):895–896
69. McCue J. The distress of internship: causes and prevention. *N Engl J Med*. 1985;312(7):449–452
70. Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med*. 1996;43(8):1253–1261
71. Price J, Leaver L. ABC of psychological medicine: beginning treatment. *BMJ*. 2002;325(7354):33–35
72. Poole AD, Sanson-Fisher RW. Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *Patient Couns Health Educ*. 1980;2(3):125–127
73. Feighny KM, Monaco M, Arnold L. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Acad Med*. 1995;70(5):435–436
74. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. 1995;155(17):1877–1884
75. Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med*. 1993;8(6):318–324
76. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*. 1997;277(8):678–682
77. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Program Requirements for Residency Education in Pediatrics. Chicago, IL. Accreditation Council on Graduate Medical Education; 2000. Available at: www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/320pediatrics07012007.pdf. Accessed March 25, 2008
78. Schor EL; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics, report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*. 2003;111(6 pt 2):1541–1571
79. American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. The pediatrician's role in family support programs. *Pediatrics*. 2001;107(1):195–197
80. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics*. 1993;92(6):876–878
81. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. *Pediatrics*. 2000;106(2 pt 1):351–357
82. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The pediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics*. 2000;105(2):445–447
83. American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. General principles in the care of children and adolescents with genetic disorders and other chronic health conditions. *Pediatrics*. 1997;99(4):643–644
84. Wilfert C, Aronson JE, Beck DT, et al. Planning for children whose parents are dying of HIV/AIDS. *Pediatrics*. 1999;103(2):509–511
85. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69(11):861–871
86. Dobie S. Viewpoint: reflections on a well-traveled path: self-awareness, mindful practice, and relationship-centered care as foundations for medical education. *Acad Med*. 2007;82(4):422–427
87. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The status of medical education in end-of-life care: a national report. *J Gen Intern Med*. 2003;18(9):685–695
88. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care. Child life services. *Pediatrics*. 2000;106(5):1156–1159
89. Sourkes BM. *Armfuls of Time: The Psychological Experience of a Child with a Life-Threatening Illness*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press; 1995
90. Freyer DR, Kuperberg A, Sterken DJ, Pastyrnak SL, Hudson D, Richards T. Multidisciplinary care of the dying adolescent. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2006;15(3):693–715
91. Penson RT, Kyriakou H, Zuckerman D, Chabner BA, Lynch TJ Jr. Teams: communication in multidisciplinary care. *Oncologist*. 2006;11(5):520–526
92. Oliver RC, Fallat ME. Traumatic childhood death: how well do parents cope? *J Trauma*. 1995;39(2):303–308
93. Oliver RC, Sturtevant JP, Scheetz JP, Fallat ME. Beneficial effects of a hospital bereavement intervention program after traumatic childhood death. *J Trauma*. 2001;50(3):440–448
94. Perrin EC, Lewkowicz C, Young MH. Shared vision: concordance among fathers, mothers, and pediatricians about unmet needs of children with chronic health conditions. *Pediatrics*. 2000;105(1 pt 3):277–285
95. Bethell C, Peck C, Schor E. Assessing health system provision of well-child care: The Promoting Healthy Development Survey. *Pediatrics*. 2001;107(5):1084–1094
96. Homer CJ, Marino B, Cleary PD, et al. Quality of care at a children's hospital: the parents' perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(11):1123–1129
97. Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, Truog RD. Improving quality end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parents' priorities and recommendations. *Pediatrics*. 2006;117(3):649–657
98. Truog RD, Meyer EC, Burns JP. Toward interventions to

- improve end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34(suppl 11):S373-S379
99. Hickson PB, Clayton EC, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA*. 1992;267(10):1359-1363
 100. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-559
 101. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994;154(12):1365-1370
 102. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA*. 1994;272(20):1583-1587
 103. Entman SS, Glass CA, Hickson GB, Githens PB, Whetten-Goldstein K, Sloan FA. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA*. 1994;272(20):1588-1591
 104. Hobgood C, Tamayo-Sarver JH, Elms A, Weiner B. Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children. *Pediatrics*. 2005;116(6):1276-1286
 105. Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM. Identification of the psychosocial problems in primary pediatric care: do family attitudes make a difference? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152(4):367-371
 106. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968;42(5):855-871
 107. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002;325(7366):697-700
 108. Street RL. Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. *Soc Sci Med*. 1992;34(10):1155-1163
 109. Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med*. 1994;9(4):222-226
 110. Maguire P, Fairburn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6535):1573-1576
 111. Bird J, Hall A, Maguire P, Heavy A. Workshops for consultants on the teaching of clinical communication skills. *Med Educ*. 1993;27(2):181-185
 112. Consensus statement from the Workshop on the Teaching and Assessment of Communication Skills in Canadian Medical Schools. *CMAJ*. 1992;147(8):1149-1150
 113. Knox JD, Thomson GM. Breaking bad news: medical undergraduate communication skills teaching and learning. *Med Educ*. 1989;23(3):258-261
 114. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004;79(2):107-117
 115. Peskin T, Micklitsch C, Quirk M, Sims H, Primack W. Malpractice, patient satisfaction and physician-patient communication. *JAMA*. 1995;274(1):22
 116. Lester GW, Smith SG. Listening and talking to patients: a remedy for malpractice suits? *West J Med*. 1993;158(3):268-272
 117. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision-making. *BMJ*. 1999;319(7212):766-771
 118. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, et al. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ*. 1997;12(3):166-173
 119. Wright GF, Adamson A. Delivering unexpected news, building partnerships. A Workshop at Albany Medical Center, May 16, 1995
 120. Harden RM. Twelve tips on teaching and learning how to break bad news. *Med Teach*. 1996;18(4):275-278
 121. Carter BS, Levetown M. *Palliative Care for Infants, Children, and Adolescents: A Practical Handbook*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2004
 122. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*. 1994;70(4):767-770
 123. Simonian SJ, Tarnowski KJ, Park A, Bekeny P. Child-, parent-, and physician-perceived satisfaction with pediatric outpatient visits. *J Dev Behav Pediatr*. 1993;14(1):8-12
 124. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, Kendrick SB, Smith A, Lichsten PR. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med*. 2004;79(2):134-138
 125. Heller KS, Solomon MZ. Continuity of care and caring: what matters most to parents of children with life-threatening conditions. *J Pediatr Nurs*. 2005;20(5):335-346
 126. Howell-Koren RP, Tinsley BJ. The relationships among maternal health locus of control beliefs and expectations, pediatrician-mother communication, and maternal satisfaction with well-infant care. *Health Commun*. 1990;2:233-253
 127. Worchel FF, Prevatt BC, Miner J, Allen M, Wagner L, Nation P. Pediatricians' communication style: relationship to parents' perceptions and behaviors. *J Pediatr Psychol*. 1995;20(5):633-644
 128. Heffer RW, Worchel-Prevatt F, Rae WA, et al. The effects of oral vs. written instructions on parents' recall and satisfaction after pediatric appointments. *J Dev Behav Pediatr*. 1997;18(6):377-382
 129. Rylance G. Should audio recordings of outpatient consultations be presented to patients? *Arch Dis Child*. 1992;67(5):622-624
 130. Deutsch G. Improving communication with oncology patients: taping the consultation. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 1992;4(1):46-47
 131. Hogbin B, Fallowfield L. Getting it taped: the bad news consultation with cancer patients. *Br J Hosp Med*. 1989;41(4):330-333
 132. Johnson IA, Adelstein DJ. The use of recorded interviews to enhance physician-patient communication. *J Cancer Educ*. 1991;6(2):99-102
 133. Bruera E, Pituskin E, Calder K, Neumann CM, Hanson J. The addition of an audiocassette recording of a consultation to written recommendations for patients with advanced cancer: a randomized, controlled trial. *Cancer*. 1999;86(11):2420-2425
 134. Ong LM, Visser MR, Lammes FB, van der Velden J, Kuenen BC, De Haes JC. Effect of providing cancer patients with the audiotaped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol*. 2000;18(16):3052-3060
 135. Eden OB, Black I, Emery AE. The use of taped parental interviews to improve communication with childhood cancer families. *Pediatr Hematol Oncol*. 1993;10(2):157-162
 136. Tattersall MH. Consultation audio-tapes: an information aid, and a quality assurance and research tool. *Support Care Cancer*. 2002;10(3):217-221
 137. Shiminski-Maher T. Physician-parent communication problems. *Pediatr Neurosurg*. 1993;19(2):104-108
 138. Bailey DB, Blasco PM, Simeonsson RJ. Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. *Am J Ment Retard*. 1992;97(1):1-10
 139. Marchetti F, Bonati M, Marfisi RM, LaGamba G, Biasini GC, Tognoni G. Parental and primary care physicians' views on

- the management of chronic diseases: a study in Italy. *Acta Paediatr.* 1995;84(10):1165–1172
140. Liptak GS, Revell GM. Community physicians' role in case management of children with chronic illnesses. *Pediatrics.* 1989;84(3):465–471
 141. Dragone MA. Perspectives of chronically ill adolescents and parents on health care needs. *Pediatr Nurs.* 1990;16(1):45–50, 108
 142. Walker DK, Epstein SG, Taylor AB, Crocker AC, Tuttle GA. Perceived needs of families of children who have chronic health conditions. *Child Health Care.* 1989;18(4):196–201
 143. Wharton RH, Levine KR, Buka S, Emanuel L. Advance care planning for children with special health care needs: a survey of parental attitudes. *Pediatrics.* 1996;97(5):682–687
 144. Berk NW, Marazita ML, Cooper ME. Medical genetics on the cleft palate-craniofacial team: understanding parental preference. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999;36(1):30–35
 145. Kanthor H, Pless B, Satterwhite B, Myers G. Areas of responsibility in the health care of multiply handicapped children. *Pediatrics.* 1974;54(6):779–785
 146. Horner MM, Rawlins P, Giles K. How parents of chronically ill children perceive their own needs. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 1987;12(1):40–43
 147. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, DC: National Academies Press; 2001
 148. American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. Care coordination: integrating health and related systems of care for children with special health care needs. *Pediatrics.* 1999;104(4 pt 1):978–981
 149. Serwint JR, Seidel HM. Communication: the key to effective consultation. *Contemp Pediatr.* 1999;16:138–152
 150. Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC, Heney D. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ.* 2003;326(7384):305–309
 151. Christakis DA, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. Continuity of care is associated with well-coordinated care. *Ambul Pediatr.* 2003;3(2):82–86
 152. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3(2):159–166
 153. Stille CJ, Primack WA, Savageau JA. Generalist-subspecialist communication for children with chronic conditions: a regional physician survey. *Pediatrics.* 2003;112(6 pt 1):1314–1320
 154. Dossator DR, Nunn KP, Fairley M, Eggleton D. A child and adolescent psychiatric outreach service for rural New South Wales: a telemedicine pilot study. *J Paediatr Child Health.* 1999;35(6):525–529
 155. Karp WB, Grigsby RK, McSwiggan-Hardin M, et al. Use of telemedicine for children with special health care needs. *Pediatrics.* 2000;105(4 pt 1):843–847
 156. Dick PT, Filler R, Pavan A. Participant satisfaction and comfort with multidisciplinary pediatric telemedicine consultations. *J Pediatr Surg.* 1999;34(1):137–142
 157. Braner DA, Lai S, Hodo R, et al. Interactive Web sites for families and physicians of pediatric intensive care unit patients: a preliminary report. *Pediatr Crit Care Med.* 2004;5(5):434–439
 158. British Medical Association. *Consent, Rights and Choices in Health Care for Children and Young People.* London, England: BMJ Books; 2001
 159. United Kingdom Parliament Act 1989. Children Act of 1989 (c. 41). Available at: www.opsi.gov.uk/acts/acts1989/Ukpga_19890041_en1.htm. Accessed May 6, 2007
 160. Rozovsky LE. Children, adolescents and consent. In: *The Canadian Law of Consent to Treatment.* 2nd ed. Toronto, Ontario, Canada: Butterworths;1997:61–75
 161. Canadian Paediatric Society, Bioethics Committee. Treatment decisions regarding infants, children and adolescents. *Paediatr Child Health.* 2004;9(2):99–103
 162. Holder AR. The minor's consent to treatment. In: *Legal Issues in Pediatric and Adolescent Medicine.* New Haven, CT: Yale University Press;1985:123–145
 163. American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Confidential health services for adolescents. *JAMA.* 1993;269(11):1420–1424
 164. *Bellotti vs Baird*, 443 US 622 (1979)
 165. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practices. *Pediatrics.* 1995;95(2):314–317
 166. *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority.* 3 All ER. 402; HL (1985)
 167. Doig C, Burgess E. Withholding life-sustaining treatment: are adolescents competent to make these decisions? *CMAJ.* 2002;162(11):1585–1588
 168. Rushforth H. Practitioner review: communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40(5):683–691
 169. McCabe MA. Involving children and adolescents in medical decision-making: developmental and clinical considerations. *J Pediatr Psychol.* 1996;21(4):505–516
 170. Dixon-Woods M, Young B, Heney D. Partnerships with children. *BMJ.* 1999;319(7212):778–780
 171. Holder AR. Minors' rights to consent to medical care. *JAMA.* 1987;257(24):3400–3402
 172. Meisel A, Cerminara KL. *The Right to Die: The Law of End-of-Life Decision-Making.* 3rd ed. New York, NY: Aspen Publishers; 2004
 173. Traugott I, Alpers A. In their own hands: adolescents' refusals of medical treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(9):922–927
 174. Susman EJ, Dorn LD, Fletcher JC. Participation in biomedical research; the consent process as viewed by children, adolescents, young adults and physicians. *J Pediatr.* 1992;121(4):547–552
 175. Bates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med.* 2001;52(6):839–851
 176. Flores G, Abreu M, Schwartz I, Hill M. The importance of language and culture in pediatric care: case studies from the Latino community. *J Pediatr.* 2000;137(6):842–848
 177. Krauss-Mars AH, Lachman P. Breaking bad news to parents with disabled children: a cross-cultural study. *Child Care Health Dev.* 1994;20(2):101–113
 178. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Culturally effective pediatric care: education and training issues. *Pediatrics.* 1999;103(1):167–170
 179. Riley AW. Evidence that school-aged children can self-report on their health. *Ambul Pediatr.* 2004;4(suppl 4):371–376
 180. Lask B. Talking with children. *Br J Hosp Med.* 1992;47(9):688–690
 181. van Dulmen AM. Children's contributions to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics.* 1998;102(3 pt 1):563–568
 182. McIntyre MO. Promise you'll tell if it will hurt: a 7-year-old patient offers some rules for the grown-ups who work in hospitals. *Washington Post.* September 10, 2002;F01
 183. Dunbar PJ, Buckley P, Gavrin JR, Sanders JE, Chapman CR. Use of patient controlled analgesia for pain control for children receiving bone marrow transplantation. *J Pain Symptom Manage.* 1995;10(8):604–611
 184. Lantos JD. Should we always tell children the truth? *Perspect Biol Med.* 1996;40(1):78–92

185. Waechter EH. Children's awareness of fatal illness. *Am J Nurs*. 1971;71(6):1168-1172
186. Leikin S. A proposal concerning decisions to forgo life-sustaining treatment for young people. *J Pediatr*. 1989;115(1):17-22
187. Van derFeen JR, Jellinek MS. Consultation to end-of-life treatment decisions in children. In: Steinberg MD, Youngner SJ, eds. *End-of-Life Decisions: A Psychosocial Perspective*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1998:137-177
188. Gadow S. An ethical case for patient self-determination. *Semin Oncol Nurs*. 1989;5(2):99-101
189. Bluebond-Langner M. *The Private Worlds of Dying Children*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1978
190. Kriebel U, Vladimarsdottir U, Onelov E, Henter JI, Steinbeck G. Talking about death with children who have severe malignant disease. *N Engl J Med*. 2004;351(12):1175-1186
191. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Arch Dis Child*. 2004;89(10):943-949
192. Ladd RE, Forman EN. Adolescent decision-making: giving weight to age-specific values. *Theor Med*. 1995;16(4):333-345
193. King NM, Cross AW. Children as decision-makers: guidelines for pediatricians. *J Pediatr*. 1989;115(1):10-16
194. Doyal L, Henning P. Stopping treatment for end-stage renal failure: the rights of children and adolescents. *Pediatr Nephrol*. 1994;8(6):768-771
195. Nitschke R, Humphrey GB, Sexauer CL, Catron B, Wunder S, Jay S. Therapeutic choices made by patients with end-stage cancer. *J Pediatr*. 1982;101(3):471-476
196. Weir RF, Peters C. Affirming the decisions adolescents make about life and death. *Hastings Cent Rep*. 1997;27(6):29-40
197. Ridgway D. Court-mediated disputes between physicians and families over the medical care of children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(9):891-896
198. Field MJ, Behrman RE. Table B. 2. Age of majority. In: Field MJ, Behrman RE, eds. *Ethical Conduct of Clinical Research Involving Children*. Washington, DC: National Academies Press; 2004:342. Available at: www.nap.edu/openbook/0309091810/html/342.html. Accessed May 6, 2007
199. Field MJ, Behrman RE. Table B. 3. Emancipation conditions. In: Field MJ, Behrman RE, eds. *Ethical Conduct of Clinical Research Involving Children*. Washington, DC: National Academies Press; 2004:344. Available at: www.nap.edu/openbook/0309091810/html/344.html. Accessed May 6, 2007
200. Field MJ, Behrman RE. Table B. 4. Mature minor provisions. In: Field MJ, Behrman RE, eds. *Ethical Conduct of Clinical Research Involving Children*. Washington, DC: National Academies Press; 2004:347. Available at: www.nap.edu/books/0309091810/html/347.html. Accessed May 6, 2007
201. Field MJ, Behrman RE. Table B. 5. Minor consent for certain conditions/disorders. In: Field MJ, Behrman RE, eds. *Ethical Conduct of Clinical Research Involving Children*. Washington, DC: National Academies Press; 2004:354. Available at: www.nap.edu/books/0309091810/html/354.html. Accessed May 6, 2007
202. Erzinger S. Communication between Spanish-speaking patients and their doctors in medical encounters. *Cult Med Psychiatry*. 1991;15(1):91-110
203. National Center for Cultural Competence, Georgetown University, Center for Child and Human Development. *A Guide for Advancing Family-Centered Care and Culturally and Linguistically Competent Care*. Available at: www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/documents/fclclguide.pdf. Accessed May 7, 2007
204. De Trill M, Kovalcik R. The child with cancer. Influence of culture on truth-telling and patient care. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;809(1):197-210
205. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Office of Minority Health. National Cultural and Linguistically Appropriate Services (CLAS) Standard Crosswalk to Joint Commission Standards for hospitals, ambulatory, behavioral health, long-term care and home care. Available at: www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/5EABBE88-F5E2-4810-A16F-E2F148AB5170/0/hlc_omh_xwalk.pdf, pg 2, JCAHO standard RI. 2.100. Accessed May 7, 2007
206. National Center for Cultural Competence: Working with linguistically diverse populations. Available at: www11.georgetown.edu/research/gucchd/nccc/features/language.html, see number 13. Accessed May 7, 2007
207. Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: counseling about dreaded issues revisited. *Couns Psychol Q*. 1993;6:69-80
208. Scheff P. Bereaved father. Presented at: Initiative for Pediatric Palliative Care Conference; New York Academy of Medicine, November 8, 2003; New York, NY
209. Greenberg LW, Jewett LS, Gluck RS, et al. Giving information for a life-threatening diagnosis: parents' and oncologists' perceptions. *Am J Dis Child*. 1984;138(7):649-653
210. Girgis A, Samson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*. 1995;13(9):2449-2456
211. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Death of a child in the emergency department. *Pediatrics*. 1994;93(5):861-862
212. Soreff SM. Sudden death in the emergency department: a comprehensive approach for families, emergency medical technicians, and emergency department staff. *Crit Care Med*. 1979;7(7):321-323
213. Buckman R, Kason Y. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1992
214. Woolley H, Stein A, Forrest GC, Baum JD. Imparting the diagnosis of life-threatening illness in children. *BMJ*. 1989;298(6688):1623-1626
215. Liederman EM, Morefield CS. Web messaging: a new tool for patient-physician communication. *J Am Med Inform Assoc*. 2003;10(3):260-270
216. Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs*. 1992;18(2):104-106
217. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med*. 1987;16(6):673-675
218. Adams S, Whitlock M, Higgs R, Bloomfield P, Baskett PJ. Should relatives be allowed to watch resuscitation? *BMJ*. 1994;308(6945):1687-1692
219. Cooke MW. I desperately needed to see my son. *BMJ*. 1991;302(6783):1023
220. Rosenczweig C. Should relatives witness resuscitation? Ethical issues and practical considerations. *CMAJ*. 1998;158(5):617-620
221. Henderson DP, Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21(11):787-791
222. Clark AP, Aldridge MD, Guzzetta CE, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005;17(1):23-32, x
223. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med*. 1999;34(1):70-74
224. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency

- department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med.* 2002;40(2):193–205
225. Eppich WJ, Arnold LD. Family member presence in the pediatric emergency department. *Curr Opin Pediatr.* 2003;15(3):294–298
 226. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *J Emerg Nurs.* 1998;24(5):400–405
 227. Mangurten J, Scott SH, Guzzetta CE, et al. Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *J Emerg Nurs.* 2006;32(3):225–233
 228. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med.* 2007;35(2):605–622
 229. Levetown M. Breaking bad news in the emergency department: when seconds count. *Topics Emerg Med.* 2004;26(1):35–43
 230. Knapp J, Mulligan-Smith D, American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Death of a child in the emergency department. *Pediatrics.* 2005;115(5):1432–1437
 231. Robinson MR, Thiel MM, Backus MM, Meyer EC. Matters of spirituality at the end of life in the pediatric intensive care unit. *Pediatrics.* 2006;118(3). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/3/e719
 232. Todres ID. Communication between physician, patient and family in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med.* 1993;21(suppl 9):S383–S386
 233. Miles MS, Carter MC, Riddle I, Hennessy J, Eberly TW. The pediatric intensive care environment as a source of stress for parents. *Matern Child Nurs J.* 1989;18(3):199–206
 234. Meyer EC, Burns JP, Griffith JL, Truog RD. Parental perspectives on end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002;30(1):226–231
 235. Bell EF, American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Noninitiation or withdrawal of intensive care for high-risk newborns. *Pediatrics.* 2007;119(2):401–403
 236. Gale G, Brooks A. Implementation of a palliative care program in a newborn intensive care unit. *Adv Neonatal Care.* 2006;6(1):37–53
 237. Rothmier JD, Lasley MV, Shapiro GG. Factors influencing parental consent in pediatric clinical research. *Pediatrics.* 2003;111(5 pt 1):1037–1041
 238. Appelbaum PS, Roth LH, Lidz C. The therapeutic misperception: informed consent in psychiatric research. *Int J Law Psychiatry.* 1982;5(3–4):319–329
 239. Peppercorn JM, Weeks JC, Cook EF, Joffe S. Comparison of outcomes in cancer patients treated within and outside clinical trials: conceptual framework and structured review. *Lancet.* 2004;363(9405):263–270
 240. Field MJ, Behrman RE, eds. *Ethical Conduct of Clinical Research Involving Children.* Washington, DC: National Academies Press; 2004
 241. National Bioethics Advisory Commission. *Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants.* Bethesda, MD: National Bioethics Advisory Commission; 2001. Available at: <http://bioethics.georgetown.edu/nbac/human/overvol1.html>. Accessed March 25, 2008
 242. National Research Council. *Protecting Participants and Facilitating Social and Behavioral Science Research.* Washington, DC: National Academies Press; 2003. Available at: www.nap.edu/books/0309088526/html/1.html. Accessed May 8, 2007
 243. Kodish E, Eder M, Noll RB, et al. Communication of randomization in childhood leukemia trials. *JAMA.* 2004;291(4):470–475
 244. Kodish ED, Pentz RD, Noll RB, Ruccione K, Buckley J, Lange BJ. Informed consent in the Childrens Cancer Group: results of preliminary research. *Cancer.* 1998;82(12):2467–2481
 245. Kirsch IS. *Adult Literacy in America: A First Look at the Results of a National Adult Literacy Survey.* Washington, DC: National Center for Educational Statistics, US Department of Education; 1993
 246. Institute of Medicine, Committee on Health Literacy. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, eds. Washington, DC: National Academies Press; 2004. Available at: www.nap.edu/catalog.php?record_id=10883. Accessed May 7, 2007
 247. *Federal Register* 28012, 28022 (2005) (codified at 45 CFR 46.102, 46.408 and 46 subpart D.)
 248. *Federal Register* 36390 (1980) (codified at 21 CFR 50.3 and 56 (April 24, 2004))
 249. *Federal Register* 9818 (1983) (codified at 45 CFR 46.408, 32 CFR 219)
 250. Goldman A, ed. *Care of the Dying Child.* 2nd ed. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 1998
 251. Tolle SW, Bascom PB, Hickam DH, Benson JA Jr. Communication between physicians and surviving spouses following patient deaths. *J Gen Intern Med.* 1986;1(5):309–314
 252. Bedell SE, Cadenhead K, Graboys TB. The doctor's letter of condolence. *N Engl J Med.* 2001;344(15):1162–1164
 253. Riggs D, Weibley RE. Autopsies and the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am.* 1994;41(6):1383–1393
 254. Fleming PJ, Blair PS, Sidebotham P, Hayler T. Investigating sudden unexpected deaths in infancy and childhood and caring for bereaved families: an integrated multi-agency approach. *BMJ.* 2004;328(7435):331–334
 255. Cook P, White DK, Ross-Russell RI. Bereavement support following sudden and unexpected death: guidelines for care. *Arch Dis Child.* 2002;87(1):36–38
 256. Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, et al. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(2):179–185

Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information

Marcia Levetown

Pediatrics 2008;121:e1441

DOI: 10.1542/peds.2008-0565

Updated Information & Services	including high resolution figures, can be found at: http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441.full.html
References	This article cites 200 articles, 54 of which can be accessed free at: http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441.full.html#ref-list-1
Citations	This article has been cited by 28 HighWire-hosted articles: http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441.full.html#related-urls
Subspecialty Collections	This article, along with others on similar topics, appears in the following collection(s): Committee on Bioethics http://pediatrics.aappublications.org/cgi/collection/committee_on_bioethics Administration/Practice Management http://pediatrics.aappublications.org/cgi/collection/administration:practice_management_sub Interpersonal & Communication Skills http://pediatrics.aappublications.org/cgi/collection/interpersonal_-_communication_skills_sub
Permissions & Licensing	Information about reproducing this article in parts (figures, tables) or in its entirety can be found online at: http://pediatrics.aappublications.org/site/misc/Permissions.xhtml
Reprints	Information about ordering reprints can be found online: http://pediatrics.aappublications.org/site/misc/reprints.xhtml

PEDIATRICS is the official journal of the American Academy of Pediatrics. A monthly publication, it has been published continuously since 1948. PEDIATRICS is owned, published, and trademarked by the American Academy of Pediatrics, 141 Northwest Point Boulevard, Elk Grove Village, Illinois, 60007. Copyright © 2008 by the American Academy of Pediatrics. All rights reserved. Print ISSN: 0031-4005. Online ISSN: 1098-4275.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™





Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado

Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient

La comunicación como el instrumento básico en el cuidar humanizado en enfermería al paciente hospitalizado

Gilvânia Smith da Nóbrega Morais¹, Solange Fátima Geraldo da Costa², Wilma Dias Fontes², Alan Dionizio Carneiro³

RESUMO

A humanização é uma expressão que vem sendo comumente usada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como ser integral e ao mesmo tempo singular em suas necessidades. Considerando que a humanização do cuidado em enfermagem vem sendo bastante enfatizada nas instituições de saúde e que a comunicação permite à equipe compreender as necessidades do paciente vulnerabilizado pela doença e hospitalização, surge a necessidade de refletir a respeito da relevância da comunicação no processo do cuidar humanizado em enfermagem. Sob esse prisma, o presente estudo, de natureza bibliográfica, teve por objetivo destacar a comunicação como instrumento básico no processo do cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. A partir desta pesquisa os autores ressaltam a valoração do processo de comunicação como componente básico na humanização do cuidado em enfermagem.

Descritores: Humanização da assistência hospitalar; Enfermagem/organização & administração; Comunicação

ABSTRACT

Humanization is a term that is commonly used in association with technological resources and patient individuality, which considers patient's holistic and uniqueness needs. Humanization of nursing care has being emphasized in healthcare. Communication is a key factor that allows the healthcare team to understand the hospitalized patient's needs. Thus, there is a need to reflect upon the relevance of communication to provide quality humanized nursing care. Focusing on these aspects of nursing care, the objective of this bibliographic study was to describe the relevance of communication as basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. The study emphasizes the importance of communication as a fundamental component of humanized nursing care.

Keywords: Humanization of assistance; Nursing/organization & administration Communication

RESUMEN

La humanización es una expresión que comúnmente viene siendo usada en el sentido de asociación de los recursos tecnológicos al reconocimiento de la individualidad del paciente, comprendido como ser integral y al mismo tiempo singular en sus necesidades. Considerando que la humanización del cuidado en enfermería está siendo enfatizada en las instituciones de salud y que la comunicación permite al equipo comprender las necesidades del paciente vulnerabilizado por la enfermedad y la hospitalización, surge la necesidad de reflexionar respecto a la relevancia de la comunicación en el proceso del cuidar humanizado en enfermería. Bajo este prisma, en el presente estudio, de naturaleza bibliográfica, se tuvo por objetivo destacar la comunicación como instrumento básico en el proceso del cuidar humanizado en enfermería, al paciente hospitalizado. A partir de esta investigación los autores resaltan la valoración del proceso de comunicación como componente básico en la humanización del cuidado en enfermería.

Descriptores: Humanización de la atención; Enfermería/organización & administración; Comunicación

¹ Mestre, Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campina Grande (PB), Brasil.

² Doutora, Professora dos Cursos de Graduação e Pós – Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB - João Pessoa (PB), Brasil.

³ Pós-graduando (Mestrado) do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB - João Pessoa (PB), Brasil.

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar é percebida como sendo uma experiência desagradável por quem a vivencia, uma vez que é permeada pelo medo do desconhecido, pela utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos e dolorosos, pelo uso de uma linguagem técnica e rebuscada que aumenta a ansiedade do ser doente no que tange a seu quadro patológico, pela inquietação em estar em um ambiente estranho de estruturas rígidas que o descaracteriza, partilhando o mesmo espaço físico com pessoas fora de seu convívio familiar e ainda pela preocupação com sua evolução clínica⁽¹⁾.

Somada a essa problemática, no âmbito da saúde a doença passou a ser o cerne do saber reconhecido cientificamente, sobrelevando-se ao interesse pelo ser no qual ela se desenvolve⁽²⁾. Com base nesse entendimento, o paciente é rotulado pela doença a que está acometido, com ênfase em seus sintomas e prognóstico, bem como se observa uma valorização exacerbada do fazer, em detrimento do ser humano fragilizado pelo adoecimento.

Durante o processo de adoecimento e hospitalização, a atenção da equipe de saúde dirige-se essencialmente para a doença e não para o indivíduo doente. Assim, a individualidade de cada paciente é silenciada, não havendo espaço para um cuidado que reconheça seus medos, inseguranças, preocupações, necessidades, angústias e incertezas, ou mesmo que garanta a participação do paciente como um indivíduo autônomo, que tenha a liberdade de expressar o que sente, percebe e pensa sobre a sua condição de ser doente⁽³⁾.

Desse modo, no mundo hodierno, a humanização apresenta-se como uma demanda crescente no resgate ao cuidado como um processo de respeito e valorização do ser humano.

Humanizar significa acolher o paciente em sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente em sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente, a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro, afetuoso e terno.

Com efeito, no âmbito hospitalar, fazem-se necessários “profissionais que desenvolvam as habilidades emocionais, e que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano, evitando prestar um cuidado tecnicista, mas preparados para oferecer um cuidado humanizado ao cliente, sem exploração, domínio ou desconfiança”⁽⁴⁾.

A expressão humanização vem sendo comumente empregada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como ser integral e, ao mesmo tempo singular, em suas necessidades.

No âmbito do cuidado, a humanização encontra respaldo na prática profissional responsável, no esforço de tratar as pessoas respeitando suas reais e potenciais necessidades; reconhecendo o paciente como coparticipante em seu processo de cura e reabilitação⁽⁵⁻⁶⁾.

Portanto, o cuidado humanizado pressupõe habilidade técnica do profissional de saúde no exercício de suas funções, além de competência pessoal evidenciada na capacidade de perceber e compreender o ser paciente em sua experiência existencial, satisfazendo suas necessidades intrínsecas; favorecendo sobremaneira um enfrentamento positivo do momento vivido, além de preservar a sua autonomia, ou seja, o direito de decidir quanto ao que deseja para si, para sua saúde e seu corpo, por ser este direito uma das primeiras coisas diminuídas ou perdidas quando se adocece.

É oportuno destacar que a humanização do cuidado em saúde perpassa pelo respeito à individualidade da pessoa, ao mesmo tempo em que suscita uma percepção holística deste ser, extrapolando a compreensão biologicista da doença e contemplando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais que, direta ou indiretamente, influenciam no processo saúde-doença.

A enfermagem, como profissão da área de saúde que permanece mais tempo ao lado do cliente, tendo como objeto de trabalho o cuidado que procura estabelecer vínculo, promover o encontro, construir relações e conhecer o outro⁽⁷⁾, deve ser uma facilitadora na promoção da saúde e do bem-estar bio-psico-sócioespíritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de doença e hospitalização.

Para tanto, o cuidado em enfermagem deve ser prestado de forma humana e holística e sob a luz de uma abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado aos seus clientes, vislumbrando uma assistência de qualidade. Todavia, “as ações de Enfermagem só têm significado quando o cuidado é resultante de um processo interativo, no qual a intencionalidade do agir e o conhecimento do que se espera de cada um no processo de cuidar sejam manifestadas”⁽⁸⁾.

Desse modo, os profissionais de enfermagem devem utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, dialogando com o paciente visando esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade imposta pela doença e hospitalização.

A interação dialógica entre o cuidador e o ser cuidado se apresenta como uma possibilidade de construção de práticas assistenciais humanizadas, logo, é inegável a relevância da comunicação como a mola impulsionadora no que concerne à humanização do cuidado em enfermagem, visto que possibilita à equipe compreender

as necessidades do ser paciente vulnerabilizado pela doença e hospitalização.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo destacar a comunicação como instrumento básico no processo do cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica, consubstanciada na literatura pertinente ao tema proposto. Cumpre assinalar, que a modalidade deste tipo de estudo fundamenta-se a partir da disseminação de contribuições teóricas a respeito de um determinado assunto⁽⁹⁾. Assim sendo, para a efetivação deste trabalho, os autores seguiram os seguintes passos metodológicos.

Na primeira etapa, foi realizado um levantamento do material bibliográfico sobre a temática do artigo proposto, a partir de uma extensa revisão de literatura que ocorreu no primeiro trimestre de 2008. Foram incluídas fontes impressas e *on-line*, a exemplo de livros e artigos de periódicos, produzidos até março do referido ano, totalizando aproximadamente trinta referências contemplando a temática.

No que se refere ao acesso às referências impressas, ressalta-se que algumas delas foram adquiridas no acervo da Biblioteca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, e as demais, no arquivo pessoal dos pesquisadores. As referências *on-line* foram obtidas na base de dados Scientific Electronic Library Online – SciELO; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE.

Em seguida, foi selecionada, criteriosamente, toda a bibliografia considerada relevante e pertinente ao objetivo proposto para o estudo. Portanto, elegeu-se, para elaboração deste trabalho, o material bibliográfico que versava sobre a comunicação como um instrumento básico na prática de cuidado ou sobre a comunicação como uma ferramenta para humanização da assistência, sendo este o critério de inclusão utilizado pelos pesquisadores para elaboração deste artigo de revisão de literatura.

Em seguida, por meio de uma leitura atenta e minuciosa de cada material, foram destacados trechos de acordo com cada tópico explorado e suas respectivas referências, tendo em vista a viabilização da referida pesquisa, a partir da elaboração de um texto preliminar, contemplando os pontos principais do estudo proposto.

Após a elaboração deste, os autores buscaram identificar lacunas no que tange a sua coerência estrutural, subsidiando, subseqüentemente, a redação final do relatório da pesquisa.

Cumpre assinalar que os pesquisadores levaram em consideração as observâncias éticas contempladas no Código

de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução n.º 311/2007⁽¹⁰⁾ do Conselho Federal de Enfermagem, no que se refere à elaboração de trabalhos científicos.

REVENDO A LITERATURA

A comunicação é inerente ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções. Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *comunicare* e significa *pôr em comum*. Portanto, a comunicação pode ser entendida como um “processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas”, a partir das quais “as pessoas se percebem, partilham o significado de idéias, pensamentos e propósitos”⁽¹¹⁾.

Comunicação envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um “processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas”⁽¹²⁾.

O ato comunicativo, enquanto fenômeno interativo e interpretativo revela a relação necessária entre os seres humanos uma vez que é a partir do processo comunicacional que compartilhamos vivências, angústias e inseguranças ao mesmo tempo em que satisfazemos nossas necessidades enquanto seres de relação.

Portanto, a comunicação é um importante fator na compreensão do êmico, ou seja, do vivido pelas pessoas, sendo essencial para um cuidado em enfermagem que vislumbre melhor assistência ao paciente que está vivenciando a ansiedade e o estresse decorrentes do processo de doença e hospitalização.

A comunicação no cenário hospitalar permite um cuidar autêntico ao paciente, e não um simples tratar, porquanto permite a este exteriorizar suas necessidades na busca de soluções, com ênfase em sua individualidade, promovendo um relacionamento interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização experienciado pelo ser hospitalizado a partir de um cuidado integral, percebendo o ser humano como ser biológico, psicológico, social e espiritual e não como um ser fragmentado em seus sistemas funcionais.

Nesse enfoque, o cuidado em enfermagem como uma prática assistencial humanizada, deve estar centrado na necessidade de comunicação como estratégia de aproximar paciente-equipe, na reconstrução do relacionamento entre o profissional de enfermagem e o ser humano hospitalizado, repercutindo diretamente na qualidade do serviço prestado pelas instituições de saúde e no modo como este é percebido pelo usuário.

A comunicação em enfermagem exercendo, um importante papel no que tange a um cuidado competente e humanitário, deve atingir um sentido mais amplo que privilegie o paciente por meio de um relacionamento terapêutico, entendido como um processo interativo e personalizado, envolvendo afinidade, compreensão e

aceitação entre o enfermeiro e o paciente⁽¹³⁾. Denota-se daí, que o diálogo “só será cuidado se afetar o outro naquilo que o outro espera e deseja”⁽⁷⁾.

Com base nesse entendimento, é necessário que os profissionais de enfermagem busquem se comunicar com o paciente de modo atencioso, com respeito, utilizando uma linguagem acessível, bem como priorizando a comunicação não-verbal; estabelecendo uma comunicação genuína, bem como oferecendo elementos necessários para a satisfação do ser paciente vulnerabilizado pelo processo de hospitalização, ao propiciar um cuidado que auxilie o paciente a descrever sua vivência, priorizando o que ele pensa e sente.

Deste modo, a comunicação na relação paciente-profissional de enfermagem mostra-se como um instrumento básico na construção de estratégias que almejem um cuidado humanizado como, por exemplo, utilização de uma linguagem acessível, valorização da escuta atenta, de um sorriso que expresse confiança, de um olhar que demonstre tranquilidade, de um toque carinhoso que proporcione apoio e conforto, e uma palavra de ânimo que eleve a auto-estima do paciente.

No tocante à comunicação como instrumento para humanização do cuidar em enfermagem, é essencial que a equipe desenvolva “a sua percepção e sensibilidade, para aproximar-se do outro e possibilitar a expressão plena do que comunica e do que é comunicado, refletindo-se em um cuidado diferenciado”⁽⁸⁾.

É oportuno destacar, que a promoção de um cuidado humano perpassa por um processo comunicativo eficaz entre profissional de enfermagem-paciente, expresso de forma verbal ou não-verbal e percebido a partir de um universo de significação comum no desenvolvimento da prática de enfermagem, tendo como fio condutor a arte de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas^(1,14).

No processo comunicativo, é importante salientar ainda que a comunicação verbal e não-verbal fortalecem o vínculo afetivo entre o profissional de enfermagem e o paciente, proporcionando uma relação intersubjetiva com ênfase nas necessidades individuais de cada ser doente.

Neste contexto, é inegável o valor da comunicação verbal na relação profissional de enfermagem e paciente, visto que a linguagem bem postulada à compreensão do ser cuidado permite a este obter informações no que concerne a sua doença, tratamento clínico e prognóstico, oferecendo elementos para satisfação do paciente uma vez que se consubstancia numa forma de esclarecer questões suscitadas, bem como auxilia na descrição da experiência vivida pelo ser doente⁽¹³⁾.

Por outro lado, a comunicação não-verbal permite aos profissionais de enfermagem reconhecer os reais sentimentos dos pacientes diante da hospitalização, além de ser um recurso importante no que tange à apreensão

de dúvidas emanadas no decorrer do processo de comunicação que deve ser efetivado a partir de uma relação de confiança entre pessoas. Por meio da comunicação não-verbal, é possível perceber dificuldades de verbalização, insatisfações do ser doente quanto ao cuidado que vem recebendo, uma vez que nessa comunicação observa-se um processo de exteriorização do ser psicológico⁽¹⁵⁾.

A comunicação não-verbal, enquanto linguagem corporal, destituída de palavras, mas cheia de expressão e significados, é percebida como uma “forma complexa de interação interpessoal, da qual temos pouca consciência, ocorrendo, por vezes, à margem de nosso controle”, cujo “conhecimento amplia nossa percepção profissional e é mais um instrumento para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem”⁽¹⁶⁾.

Urge destacar que a comunicação terapêutica consubstanciada na linguagem verbal e não-verbal contribui para a prática de um cuidado humano em enfermagem e propicia um espaço de aprendizagem para o paciente. Assim, possibilitará maior aproximação entre paciente e enfermeiro, pautada em uma relação de confiança.

Ao estabelecer um diálogo com o paciente hospitalizado como um instrumento para um cuidado humanitário, o profissional de enfermagem é convidado a ouvir com cordialidade as necessidades deste, dando liberdade para ele abalizar soluções, proporcionando, subseqüentemente, bem-estar ao perceber que alguém se preocupa com sua condição de ser vulnerabilizado pela doença.

Nesse sentido, é fundamental instaurar aspectos comunicacionais entre os profissionais de enfermagem e o paciente, gerando satisfação e um cuidado efetivo, acolhendo o ser doente como pessoa que tem necessidade de se relacionar e expressar suas angústias, seus medos, dúvidas, principalmente no que concerne a sua condição de ser passivo, imposta pela hospitalização.

Assim, o princípio da comunicação, capacidade do ser humano inter-relacionar-se com os outros, reivindica dos profissionais de enfermagem esforços para que esta seja de plena assimilação e presteza, sem rachaduras ocasionadas por preconceitos pessoais do profissional, bem como comportamentos autoritários deste, uma vez que o processo comunicativo se apresenta como uma forma de estabelecer a relação de ajuda ao paciente, diante do processo saúde-doença vivenciado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo hodierno exige profissionais de saúde cada vez mais capacitados, principalmente do ponto de vista tecnológico, exigindo atributos e conhecimentos para responder às demandas impostas pelos avanços técnico-científicos. Dessa forma, as interações interpessoais acabam por assumir uma condição inferior,

predominando a razão sobre a emoção, valorizando o ter em detrimento do ser.

Logo, é imperiosa a promoção de um cuidar humanizado que preserve a dignidade do ser paciente, percebendo-o de forma holística e integral, caracterizando um encontro terapêutico, a partir do qual o cuidador deve levar em consideração as fraquezas que atingem o paciente.

Considerando que a enfermagem se apresenta como um encontro entre o ser que cuida e o ser cuidado, é possível destacar que esta profissão exerce um papel fundamental na prática do cuidar humanizado a partir de uma interação efetiva com o paciente hospitalizado, oportunizando uma comunicação genuína como um processo que visa à criação de espaços que viabilizem a satisfação do ser doente em suas necessidades, ao permitir a este partilhar sua vivência, angústias, medos, ansiedade e inseguranças. Nesse enfoque, o cuidado, no sentido de uma prática assistencial humanizada, deve estar centrado na necessidade de comunicação como estratégia de aproximar o cuidador do ser cuidado.

A comunicação em enfermagem, ao permitir a construção de identidades subjetivas, colabora para uma assistência de qualidade e humana que perpassa pela valorização do paciente em sua dignidade, considerando-o como um ser único com características e necessidades que lhes são inerentes.

REFERÊNCIAS

- Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Rev Eletron Enferm*. 2004;6(2):292-7. [citado em 2007 Nov 14]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/808/921>
- Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):221-7.
- Torralles-Pereira ML, Sardenberg T, Mendes HWB, Oliveira RA. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):1013-22.
- Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4):444-9.
- Bettinelli ILA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. 2a ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2004. p. 87-100.
- Silva JLL, Andrade M, Lima RA, Lobo EL, Falcão L. Reflexões sobre a humanização e a relevância do processo de comunicação. *Prom Saúde*. 2007;3(2):9-11. [citado 2007 Nov 14]. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/human.pdf>
- Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):77-83.
- Oliveira ME, Fenili RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicacón em los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm Global*. [Internet]. 2006;(8): (8):1-7. [citado 2007 Jan 15]. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450/439>
- Martins GA. Manual para elaboração de monografias e dissertações. São Paulo: Atlas; 2003.
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 8 de fevereiro de 2007. [citado 2007 Maio 20]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>
- Costa MPF. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: Silva MJP, organizadora. *Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2004. p. 111-22.
- Tigulini RS, Melo MRAC. A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. In: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem: Anais. Ribeirão Preto; 2002. Ribeirão Preto: EERP; 2002. p. 1-5.
- Nassar MRF. Comunicação e humanização: a reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. In: XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação: Anais do XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; 5-9 Set 2005; Rio de Janeiro. São Paulo: Intercom; 2005. p. 1-5.
- Bittes Júnior A, Matheus MCC. Comunicação. In: Cianciarullo TL, organizadora. *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência*. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Cedas Gente; 2002.
- Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(4):52-8.

A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO EMOCIONAL DO CLIENTE HOSPITALIZADO

COMMUNICATION AS A NURSE TOOL FOR EMOTIONAL CARE TO THE HOSPITALIZED CLIENT

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DEL ENFERMERO PARA EL CUIDADO EMOCIONAL DEL CLIENTE HOSPITALIZADO

Mônica Oliveira Batista Oriá¹
Leila Memória Paiva Moraes²
Janaína Fonseca Victor³

RESUMO: A comunicação é um importante aspecto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade. Dessa forma a comunicação colabora para a promoção do cuidado emocional. Objetivamos com este estudo refletir sobre as interfaces do cuidado emocional ao cliente hospitalizado, vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Esta reflexão originou-se das inquietações suscitadas pelo nosso cotidiano do trabalho e consultas à literatura vigente quanto às necessidades emocionais do cliente hospitalizado. Para prestarmos o cuidado emocional é necessário sermos bons ouvintes, expressar um olhar atencioso e tocar os nossos clientes, confortando e recuperando sua auto-estima. A partir de nossas reflexões consideramos que o cuidado emocional do cliente hospitalizado se faz de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do cliente, mas de sua família.

UNITERMOS: Enfermagem; Comunicação; Cuidado Emocional.

ABSTRACT: Communication is an important aspect in the nursing care toward a more qualified assistance. Thus, communication potentially contributes to promote the emotional care. This study aimed at reflecting the emotional care interfaces to the hospitalized client, in order to improve the quality of the nursing assistance. This reflection arises from clients' emotional problems observed in our daily professional routine and by consultation of specialized literature regarding emotional necessities of hospitalized subjects. In order to use the emotional care, nurses must be good listeners, examining with care and touching our clients, comforting and helping them to recover their self-esteem. We consider from our reflections that emotional care to the hospitalized client is crucial for achieving a better quality of life, not only from the client, but also to the family.

KEYWORDS: Nursing; Communication; Emotional Care.

RESUMEN: La comunicación es un importante factor para establecerse el cuidado de enfermería que vislumbra una asistencia de calidad. De esa manera la comunicación colabora para la promoción del cuidado emocional. Objetivamos con este estudio reflexionar a respecto de las interconexiones del cuidado emocional al cliente hospitalizado, la mejoría de la calidad de la asistencia de enfermería. Este reflejo se originó de las inquietaciones suscitadas por nuestro cotidiano de trabajo y consultas a la literatura en vigor, mientras a las necesidades emocionales del cliente hospitalizado. Para que se haga el cuidado emocional es necesario que tengamos buenos oídos, expresar un mirar más cuidadoso y respetar los nuestros clientes, fortaleciendo y recuperando su autoaprecio. Atrás de nuestros reflejos se han considerado que el cuidado emocional del cliente hospitalizado se

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Membro do grupo de pesquisa FAMEPE - Família: Ensino, Pesquisa e Extensão do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Contato: Rua Onofre S. Cavalcante, 254, casa 5, Bairro Cidade dos Funcionários. CEP 60834-450; Fortaleza – (CE) oriarte@uol.com.br ou oriaremon@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Membro do grupo de pesquisa GRUPPS - Grupo de Políticas e Práticas de Saúde do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. leilammp@bol.com.br.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Membro do grupo de pesquisa FAMEPE - Família: Ensino, Pesquisa e Extensão do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. janainavictor@uol.com.br

hace con demasiada importancia para mejorar la calidad de vida, no solamente del cliente, pero también de su familia.

PALABRAS CLAVES: Enfermería; Comunicación; Cuidado Emocional.

INTRODUÇÃO

O mundo globalizado de hoje, exige profissionais cada vez mais capacitados, principalmente, do ponto de vista tecnológico, exigindo atributos e conhecimentos dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Nesse contexto as interações pessoais acabam por assumir uma condição inferior. Estamos vivendo num mundo de poucas palavras, onde a imagem predomina, em uma cultura onde a razão se sobrepõe à emoção. A cada dia, visualizamos a valorização do ter e a deificação do ser (KEITH, 1999).

Englobado por essas reformulações econômicas, sociais e políticas, o setor saúde sofre os impactos dos ajustes macro-estruturais de busca da produtividade, tecnologia e qualidade dos serviços, exigindo novos atributos de qualificação dos profissionais de saúde. É a partir dessa premissa, e diante da nossa realidade enquanto atores do cenário do cuidado físico e mental, que reforçamos a importância de que seja discutido, entre os diversos profissionais de saúde ligados diretamente à assistência ao cliente, e aqui destacamos o enfermeiro, o cuidado emocional, resultando na busca do bem-estar e qualidade de vida do cliente (ALMEIDA & WITT, 2003).

Nessa realidade o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne, o cuidado de enfermagem mais humano. Pois, como agente de mudança, o enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje, e o de hoje é diferente do de anos passados. Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los (TIMBY, 2001).

Uma das principais e mais comuns situações vivenciadas por enfermeiros é o cuidado prestado ao cliente submetido a internação hospitalar. Embora possa ser o cotidiano de milhares de enfermeiros, a experiência da internação hospitalar cria situações únicas de estresse não só para os clientes mas também para suas famílias. Vários pesquisadores têm documentado a repercussão dos níveis de estresse, ansiedade e angústia na evolução e prognóstico de um cliente, bem como no âmbito familiar (WRIGHT & LEAHEY, 2002; OUIMETTE et al, 2004; DOYLE et al, 2004; AHLBERG et al, 2004).

Na perspectiva do cliente que necessita de internação hospitalar esse processo é permeado pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, pela apreensão de estar em um ambiente estranho, e ainda pela preocupação com sua integridade física, em decorrência do processo patológico, motivo de sua internação hospitalar.

Assim, ao considerarmos o enfermeiro o profissional que permanece mais tempo ao lado do cliente, este deve ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de hospitalização.

Consideramos relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces do cuidado emocional ao cliente hospitalizado de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação.

É importante salientar, que a reflexão aqui esboçada não permite a inferência de proposições gerais. Ela visa, no entanto, atrair a atenção para a questão acerca da assistência de enfermagem e as necessidades emocionais do cliente hospitalizado.

A COMUNICAÇÃO E O CUIDADO EMOCIONAL

O termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entendemos que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal. FREIRE (1988, p. 65) afirma que “o mundo social e humano, não existiria como tal, se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano. A intersubjetividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico”.

Partimos da premissa de que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em caso de longos períodos de internação ou quando se trata de quadros de doença terminal. Portanto, a comunicação é algo essencial para se estabelecer uma relação entre profissional, cliente e família. Nossa assertiva é corroborada por SARAIVA (1999), ao referir que algumas teorias afirmam que o processo comunicativo é a forma de estabelecer uma relação de ajuda ao indivíduo e à família.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Portanto, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Cuidado esse que deve ser prestado de forma humana e holística, e sob a luz de uma abordagem integrada, não

poderíamos excluir o cuidado emocional aos nossos clientes, quando vislumbramos uma assistência de qualidade. Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para desenvolvermos uma visão global do processo observando sistematicamente o ambiente e os clientes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência. No entanto, ao nos depararmos com as rotinas e procedimentos técnicos deixamos de perceber importantes necessidades dos clientes (sentimentos, anseios, dúvidas) e prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua o cuidado emocional.

SKILBECK & PAYNE (2003) conduziram uma revisão de literatura objetivando compreender a definição de cuidado emocional e como enfermeiros e clientes podem interagir para produzir relacionamentos de suporte emocional. As autoras relatam a ausência de uma definição clara do que venha a ser o cuidado emocional existindo variações na literatura quanto ao uso dessa terminologia ao referir-se como “cuidado emocional e apoio”, “cuidado psicológico” e “cuidado psicossocial”. Ao realizarem uma análise mais detalhada as autoras perceberam ainda que o cuidado emocional pode ter vários significados quando visto sob o prisma de diferentes marcos teóricos e contextos sociais, e, portanto a ausência de uma definição e significados próprios repercute na prática assistencial do enfermeiro.

Contudo, para a condução de nossa reflexão assumimos que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível (SÁ, 2001), exigindo alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não-verbais do cliente que possam indicar ao enfermeiro suas necessidades individuais.

Portanto, consideramos que a promoção de um cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional perpassa por um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro-cliente. Todavia entendemos que o processo de comunicação se constrói de

diferentes formas, e que para haver comunicação a expressão verbal (através do uso das palavras) ou não-verbal (a postura, as expressões faciais, gestos, aparência e contato corporal) de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro. Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e conseqüentemente comprometendo o cuidado.

WALDOW (1999) deixa claro que o cuidar se inicia de duas formas: como um modo de sobreviver e como uma expansão de interesse e carinho. Assim, o primeiro faz-se notar em todas as espécies animais e sexos, e o segundo ocorre exclusivamente entre os humanos, considerando sua capacidade de usar a linguagem, entre outras formas, para se comunicar com os outros.

Para otimizar uma assistência mais holística a equipe de enfermagem pode estabelecer estratégias de cuidados para atingir seus objetivos. Contudo, ratificamos uma vez mais que a comunicação é o elemento chave para a construção de qualquer estratégia que almeje o cuidado emocional.

Alguns autores têm identificado que problemas de comunicação ou comunicação insatisfatória entre enfermeiro e cliente, - especialmente quando relacionados à clientes terminais -, devido ao medo da morte, ansiedade do enfermeiro sobre a habilidade do cliente de enfrentar a doença, falta de tempo, falta de treinamento de como interagir com estes clientes (WILKINSON, 1991), e ansiedade sobre as conseqüências negativas para os clientes (PARLE et al., 1997) têm repercutido no estabelecimento de uma melhor interação enfermeiro-cliente.

Portanto, se faz relevante que o enfermeiro possa submeter-se à treinamentos relacionados à habilidade de comunicação. HEAVEN & MAGUIRE (1996) e KRUIJVER et al (2001) realizaram uma sondagem pré-teste, concederam treinamento sobre habilidades

comunicativas aos enfermeiros e realizaram um pós-teste. Ao final do estudo os autores identificaram que a habilidade de comunicação do enfermeiro melhorou de forma significativa após o treinamento. WILKINSON et al (1998 e 1999) e KRUIJVER et al (2001) encontraram que após um treinamento dessa natureza as enfermeiras melhoraram a avaliação dos problemas do cliente e do conteúdo emocional revelados pelo mesmo.

Além de uma educação continuada relacionada à comunicação sugerimos a visita diária de enfermagem como um importante artifício para identificar o nível de necessidade de segurança, amor, auto-estima, espiritualidade e bio-fisiológicas do cliente. É a partir da visita de enfermagem que o enfermeiro estabelece um processo de comunicação com o cliente possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico do cliente, aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade de internação e estrutura física hospitalar, desempenhando um importante papel na redução dos quadros de tensão e ansiedade que repercutem no quadro clínico do cliente (OUIMETTE et al, 2004; DOYLE et al, 2004; AHLBERG et al, 2004).

Do contrário uma inviabilização do processo comunicativo na relação profissional-cliente, pode desencadear situações de estresse. SANTOS (1999) refere que os diálogos ocorridos junto à cama do cliente, repletos de termos técnicos, geralmente inacessíveis, são interpretados pelo cliente conforme seu conhecimento, e o impacto emocional da postura silenciosa de enfermeiros e médicos, podem agravar ainda mais o estado de ansiedade e tensão. Portanto, atitudes como estas devem ser evitadas durante toda a internação, na tentativa de minimizar seu impacto na qualidade assistencial do cliente no momento em que este se encontra mais fragilizado.

Destarte para uma melhor qualidade dos serviços de saúde é vital conhecer não só a visão do cliente mas também da família de forma a estarmos sensíveis para

oferecer um cuidado que atenda às expectativas do cliente e da família diminuindo a repercussão do estresse e ansiedade no processo de hospitalização.

Segundo WRIGHT & LEAHEY (2002, 13) “a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem”.

A promoção do cuidado emocional tem alcançado resultados positivos na sobrevivência do cliente. McCORKLE et al (1998) realizaram um estudo correlacionando os sintomas de estresse e as intervenções de cuidado do emocional. Os autores encontraram uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas e as intervenções revelando que os clientes que morreram mais precocemente foram aqueles que receberam menos intervenções de cuidado emocional.

A partir dessas evidências ratificamos a importância do cuidado emocional para a recuperação e sobrevivência do cliente hospitalizado, todavia, não devemos nos esquecer em momento algum o cuidado técnico-científico. Na realidade, essas diferentes dimensões do cuidado devem caminhar juntas, se complementando harmonicamente.

Para prestarmos o cuidado emocional é necessário sermos bons ouvintes, expressando um olhar atencioso, tocando e confortando os nossos clientes, e recuperando sua auto-estima. Quanto aos efeitos comportamentais do tocar, olhar e do ouvir, estes apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e auto-estima de uma pessoa. Segundo MONTAGU (1998), o tocar desenvolve ostensivas vantagens em termos de saúde física e mental.

Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico, portanto o ato de tocar alguém

é confortável e faz parte do cuidado emocional (SÁ, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de nossas reflexões consideramos que o cuidado emocional ao cliente hospitalizado se faz de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do cliente, mas de sua família. Enfatizamos a importância da visita de enfermagem com uma abordagem sistematizada visando um atendimento holístico como uma oportunidade de promover o cuidado emocional. Essa sistematização do cuidado deve estar registrada, de forma a proporcionar uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde e a avaliação da eficácia do cuidado prestado ao cliente, contribuindo para um melhor nível assistencial.

Devemos enxergar o cliente hospitalizado como um ser complexo que possui necessidades no âmbito bio-psico-sócio-espiritual e emocional o qual se encontra fragilizado pela doença. Porém, essa pessoa ainda mantém a sua individualidade, e na maioria das vezes é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado. E os enfermeiros devem estar sensibilizados para perceber essa individualidade e as necessidades de cada um, facilitando assim seu processo de recuperação, diminuindo o tempo da internação e conseqüentemente os índices de infecção hospitalar.

Nessa perspectiva esperamos que esta reflexão seja mais um passo para a realização de muitas outras, além de estudos mais detalhados que contemplem o cuidado emocional em enfermagem aos diferentes tipos de clientes, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHLBERG, K. et al. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of Advanced Nursing*. v. 45, n. 2, p. 205-213, 2004.

- ALMEIDA, M. C. P. ; WITT, R. R. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. v. 12, n. 4, p. 559-68, 2003.
- DOYLE, N. M. et al. Maternal stressors during prolonged antepartum hospitalization following transfer for maternal-fetal indications. *American Journal of Perinatology*. v. 21, n. 1, p. 27-30, 2004.
- FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- HEAVEN, K.; MAGUIRE, P. Training hospice nurses to elicit patients concerns. *Journal of Advanced Nursing*. v. 23, n. 2, p. 280-286, 1996.
- KEITH, D. *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional*. São Paulo: Pioneira, 1999.
- KRUIJVER, I. P. M. et al. Communications between nurses and stimulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme. *European Journal of Oncology Nursing*. v. 5, n.3, p. 140-150, 2001.
- McCORKER, R. et al. The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress. *Nursing Research*, v. 47, n. 1, p. 02-10, 2004.
- MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1998.
- OUIMETTE, P. et al. Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *Journal of Traumatic Stress*. v. 17, n. 1, p. 1-9, 2004.
- PARLE, M et al. The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science and Medicine*. v. 44, n. 2, p.231-240, 1997.
- SÁ, A. C. de O. *O cuidado do emocional em enfermagem*. São Paulo: Robe Editorial, 2001.
- SANTOS, S. S. C.; LUIS, M. A. V. *A relação da enfermeira com o cliente cirúrgico*. Goiânia: AB, 1999.
- SARAIVA, A. M. P. O doente inconsciente e a efetividade da comunicação através do toque. *Nursing*. n. 134, p. 36-40. 1999.
- SKILBECK, J.; PAYNE, S. Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. v.43, n. 5, p. 521-530. 2003.
- TIMBY, B. K. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.
- WILKINSON, S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*. v. 16, n. 6, p. 677-688, 1991.
- WILKINSON, S. et al. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*. v. 12, n. 1, p. 13-22, 1998.
- WILKINSON, S. et al. A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*. v. 13, n. 4, p. 341-348, 1999.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

Texto recebido em 20/04/2004.

Publicação aprovada em 31/08/2004

Family-centred care for hospitalized children aged 0-12 Years: A systematic review of qualitative studies

Reviewers

Huaqiong Zhou MCN; BSc; RN ^{1*}

Linda Shields MD, PhD, FACN ²

Robin Watts AM PhD MHSc BA DipNEd RN FACN ³

Marjory Taylor B App Sci; BA ⁴

Ailsa Munns RN RM CHN (Cert) BSc (Nursing) Master (Nursing) FACN ⁵

Irene Ngune MPH BScN ⁶

* corresponding author h.zhou@curtin.edu.au

1. School of Nursing and Midwifery, Curtin University; WACEIHP: A Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute
2. Tropical Health Research Unit, School of Nursing and Nutrition, James Cook University, Townsville; and School of Medicine, The University of Queensland; and WACEIHP; A Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute
3. WACEIHP, Curtin University Bentley WA Australia and Princess Margaret Hospital for Children Subiaco WA Australia, a Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute, School of Nursing and Midwifery, Curtin University, GPO Box U1987, Perth, Western Australia
4. Library and Information Service, Child and Adolescent Health Service Princess Margaret Hospital, Western Australia.
5. School of Nursing & Midwifery, Curtin University
6. Research Fellow, Department of National Drug research Institute, Curtin Health Innovation Research Institute, Curtin University.

Review question/objective

The objective of the review is to synthesise the existing evidence on family and/or health providers' experience of family-centred models of care for hospitalised children aged 0-12 years (excluding premature neonates).

(*Some sections of this protocol are adopted or adapted from the Cochrane Systematic Review of family-centred care in hospitalised children 0-12 years (2007)¹ and its update (2012)² and are published here with permission from Wiley. A more detailed discussion of the development of the concept of family-centred care is available in these publications.)

Background

Family-centred care is defined as “a way of caring for children and their families within health services which ensures that care is planned around the whole family, not just the individual child/person, and in which all the family members are recognized as care recipients”.^{3, p.1318} A number of related terms have been used to describe the attributes of family-centred care;⁴ these include partnership-in-care,⁵ parental involvement,⁶ nurse-parent partnership,³ parental participation,⁷ and care-by-parent.^{8,9}

Until at least the late 1950s, hospitals worldwide tended to be bleak places for children. It was believed that visits from parents would inhibit effective care¹⁰ and were detrimental to the child, who would become distressed when the parents left.^{11,12} Researchers began to suggest, however, that children whose parents did not visit them suffered acute emotional trauma which may have long-term psychological consequences in adolescence and adulthood.^{13,14} In 1956, the British government commissioned a report into the welfare of children in hospital. The resulting report, the Platt Report¹⁵, recommended that visiting be unrestricted, that mothers stay in hospital with their child, and that training of medical and nursing staff should promote understanding of the emotional needs of children. The process of change has resulted in a humanisation of paediatrics,^{16,17} although the movement away from traditional approaches to health service delivery to the involvement of families in all aspects of the planning, delivery, and evaluation of health care has been slow.^{18,19} The foundation for a family-centred approach to paediatric health care is the belief that a child's emotional and developmental needs, and overall family wellbeing, are best achieved when the service system supports diligently the ability of the family to meet the needs of their child, by involving families in the plan of care.²⁰⁻²²

Potential Advantages and Disadvantages of Family-Centred Care

There are a range of potential benefits and difficulties associated with the provision of family-centred care. One of these is the degree to which the family is seen as responsible for the child's care. In a number of cases family-centred care has been interpreted as care that is led by parents, who are regarded as expert in the care of their child, with the health professional acting as a consultant.^{6,7} However, in recent years research has indicated that parents feel that they are being made totally responsible for the care of their child and the expectations of them, at least initially, are too great. In Coyne and Cowley's⁸ words: “the pendulum has swung too far in the other direction”.^{p.893} They are much more comfortable working a truly collaborative way with health-care providers.⁹

The hospitalisation of a child, whether planned or unplanned, is stressful for even the most well-organised and functional family.²³ The significant adjustments to both parent and healthcare provider roles when a child is hospitalised may result in understandable levels of stress.²⁴ A number of studies report that the stress levels of parents are reduced by being more informed and involved in caring for their children while in hospital.²⁵ However, on the other hand involvement can lead, at least in the short term, to additional stress or anxiety for both the parents and child. Parents may feel that they

are expected to provide input into the care of their child beyond their expectations or capabilities, or are given more information than either the child or the family is ready to hear.

Professional communication and the provision of information are key elements in the success or otherwise of family centred care. In their study of parents' information needs in relation to their chronically ill children, Hummelinck and Pollock²⁶ highlighted the double-edged nature of information in these situations; there is a delicate balance between the positive effects and the potentially negative impact i.e. it can increase anxiety. Information was also a theme identified in Ygge's²⁷ study of nurses' perceptions of parental involvement in hospital care. Not only did the nurses indicate that it was important to discuss with the parents what information was important to them at each stage, but that the information provided to them must be the same from all health personnel.

Family centred care also requires specifically designed or adapted facilities. Verwey, et al²⁸ found that attending to parent's physical needs was an important component in reducing stress. Ensuring aspects such as comfortable sleeping arrangements, nutritious food and time to relax away from the ward made a family's experience a more positive one.

Researchers have also reported challenges when trying to implement changes which would result in meaningful family involvement in the care of their hospitalised child. Healthcare providers have reported a lack of adequate education in relation to understanding and implementing the concept of family-centred care in a practice situation, as well a lack of shared understanding of, and commitment to, family-centred care among all health professionals and families.^{18, 29-32}

Darbyshire⁷ suggested that family-centred care was a wonderful idea, but difficult to implement effectively. A number of authors agree, questioning family-centred care as a model of care.^{31,33} and the ethics of continuing a model which is becoming increasingly described as ineffective are under scrutiny.³⁴

Standard Models of Health Care for Children

Family-centred care is regarded as different to the 'standard' models of care used in paediatric health services. In the latter, often the healthcare provider plays a major role in assessing and formulating a plan of care, based upon the perceived needs of the child and/or family. In the medical or standard model of health care, the healthcare worker plans care around the child's illness and treatment needs, and the family is generally expected to comply with treatment recommendations.³⁵

Implementation of Family-Centred Care

It is expected that the development, implementation and outcomes of family-centred models of care may differ according to the population and setting in which the models are applied. For example, the

needs and outcomes for families with a chronic condition who experience long hospital stays may differ from those of families of a previously healthy young child who is admitted for a treatment procedure. Also, older children may have a greater awareness and understanding of the reasons for their hospitalisation. Therefore, models of care may reflect increased participation of the child in their hospital care. However, even if the processes of family-centred care are seen as making a difference and advantageous in their own right, reliable reassurance that they result in more good than harm should be sought. Currently there is limited systematic information on how these principles have underpinned changes in healthcare practice and service delivery when a child is hospitalised, and the effect of family-centred approaches on child and family outcomes and health service delivery.²⁰

Several systematic reviews have been conducted on the effectiveness of family centred care but very few studies have met the inclusion criteria. Consequently no conclusions could be drawn from these reviews. Shields, et al.¹ conducted a Cochrane review of the effectiveness of family-centred care including randomised control trials, before and after and cohort studies from 1960 to 2004. An update of the Cochrane review was also undertaken by Shields, et al.² in 2012 which examined randomised control trials only from 2004 to December 2011. Furthermore, Shields, et al.³⁶ conducted a systematic review of quasi-experimental studies on the topic published between 2004 and December 2011.

A literature review by Shields³⁷ on the topic examined qualitative studies published between 1990 and 2004. Eleven research articles were included in the review. Three main themes emerged: role negotiation, parental expectation of participation in their child's care, and issues relating to power and control. The findings revealed that family-centred models of care were influenced by negotiation between staff and families, and roles of both parents and staff within interactions that took place in hospital during a child's admission. Corlett and Twycross³⁸ also reviewed evidence on the negation of parental roles within family-centred care. The results revealed that family participation in their child's care hindered by nurses' lack of communication and limited negotiation. Nurses did not routinely negotiate with parents even though nurses had clear ideas on what nursing care parents could be involved in. In addition, Coyne³⁹ conducted a review of both research and literature from 1993 to 2007 on children's participation at the health service level. It was found that children were rarely involved in decision-making process and their views were rarely sought nor acknowledged.

To date, there is no formal systematic review on the qualitative evidence of family-centred models of care.

This systematic review aims to examine any qualitative studies from 2004 to December 2012 that address the experiences and /or perceptions related to family-centred care by families and/or health care providers.

Keywords Family-centred, hospitalised children, qualitative, family

Inclusion criteria

This review will consider studies that include hospitalised children aged 0-12 years (but excluding premature neonates), their family and/or health providers.

Definitions:

- **Child/children:** throughout this review, the term 'child' or 'children' is used to include all newborn infants, babies and children up to the age of 12 years being cared for in hospital; and all parts of hospitals that provide a service to children. The definitions of childhood can vary, and age limits are arbitrary. For the purpose of this review the National Library of Medicine's medical subject headings were used to define the age cut off of 12 years. However, we have excluded neonates born prematurely and who are patients in a neonatal intensive or special care nursery, as their requirements for family-centred care, and the ethics and philosophies of care around this particular group, are different to those in a ward/unit where full term infants and children are nursed.⁴⁰ We have excluded studies about adolescents for similar reasons.

- **Families:** throughout the review the following definition of the family will be applied: The family is a basic social unit having as its nucleus two or more persons, irrespective of age, in which each of the following conditions are present:
 - the members are related by blood, or marriage, or adoption, or by a contract which is either explicit or implied;
 - the members communicate with each other in terms of defined social roles such as mother, father, wife, husband, daughter, son, brother, sister, grandfather, grandmother, uncle, aunt; and
 - they adopt or create and maintain common customs and traditions. This definition has been modified from Nixon's original definition⁴¹ to allow for inclusion of significant others who do not usually cohabit with the family.

- Healthcare providers involved in caring for hospitalised children.

- For the purposes of the review, a healthcare provider will be used to describe any health professional involved in the care of hospitalised children.

Phenomenon of interest

The review will consider studies that investigate family and/or health providers' experience of family-centred models of care for hospitalised children. Only studies that provide clear evidence that the family and/or child were actively involved in the planning and/or delivery of health care during the child's hospitalisation will be considered for inclusion. For the purposes of the review, the minimum criteria for active involvement included evidence of collaboration between health carers and the family and/or child

in the planning and/or delivery of care as soon as possible after admission or during the preadmission period.

The elements of family centred care can be grouped into three clusters as follows:⁵

- Family as a constant
- Culturally responsive
- Supporting family individuality.

'Family as a constant' can be evidenced by:

- Recognising family strengths
- Parent/professional collaboration
- Needs-based family support
- Flexible provision of health care
- Sharing information with families.

Examples of how the family centred care model can be 'culturally responsive' include, but are not confined to, the family receiving culturally competent health care and respect being shown for family diversity.

'Supporting family individuality and need for different types of family support' can be demonstrated by:

- Respecting family coping methods
- Providing emotional support
- Family-to-family support
- Attending to developmental needs of the child and family.

Further details are contained in Appendix I.

Exclusions:

Facilitating parent-to-parent support studies where there is no clear evidence of collaboration between the family and/or child and health care provider in the planning and/or delivery of care will be excluded. Such studies would include parental presence during health care procedures such as routine examinations, anaesthetic induction, venepuncture and post-anaesthetic recovery or bereavement team/protocols. Parental presence on these occasions without any framework of ongoing collaboration, communication, etc. does not meet the holistic principles on which family-centred care is based.

Types of Outcomes

This review will consider studies that include but are not confined to the following outcome measures:

- Experience of family-centred care models of care from family and/or health providers:
 - clarity of role expectations
 - nature of relationships between family and health care providers
 - parental comfort with the extent of their degree of involvement in child's care
 - content, consistency, timeliness, understandableness and degree to which information provided meets parent's needs
 - family members' stress and anxiety levels
 - adequacy of facilities for family's needs
 - health care providers' support for the collaborative model of care
 - adequacy of health care providers' knowledge and skills, and available time to implement family centred care.

- Perceptions of family-centred care models of care by family and/or health providers:
 - how the experience is viewed
 - degree to which expectations are being or have been met
 - degree to which the model of care has been individualised to meet specific needs of families
 - degree to which the model of care is implementable in actual operating contexts
 - degree to which health care providers are committed to the model's implementation.

Types of studies

The review will consider qualitative studies. This includes, but is not limited to, designs such as phenomenology and grounded theory.

Search strategy

The search strategy aims to find both published and unpublished studies. There will be no limitation by publication language and databases will be searched from inception to date. A three-step search strategy will be utilised in each component of this review. An initial limited search of MEDLINE and CINAHL will be undertaken followed by analysis of the text words contained in the title and abstract, and of the index terms used to describe article. A second search using all identified keywords and index terms will then be undertaken across all included databases. Thirdly, the reference list of all identified reports and articles will be searched for additional studies.

The databases to be searched include:

Medline

CINAHL

Embase

PsycINFO

CSA Sociological Abstracts

The search for unpublished studies will include:

Web of Science Conference Proceedings

Australian Research Online

UK Clinical Research Network: Portfolio Database

Bandolier

Google

MedNar

Initial keywords to be used will be:

child/children, parent/s, health services, family centered care/family centred care

Assessment of family-centredness

To begin with, we will screen all potential studies for family-centredness. In order to assess relevant studies for the degree of family-centredness, this review will utilise a modified rating scale based on that developed by Trivette⁵(Appendix I). These authors used the 9 elements of family-centred care, as described by the Association for the Care of Children's Health, to develop 13 evaluation items that describe the features of family-centred care. These sub-elements are further grouped into three cluster groups (Cluster 1: family as a constant; Cluster 2: culturally responsive; Cluster 3: supporting family individuality) derived from an original cluster analysis by Trivette.⁵ The clusters were designed to be used to help describe the model of family-centred care for individual research studies.

A rating of 0 to 4 will be applied to each of the 13 sub-elements of family-centred care, as follows:

0. Article includes no evidence that the intervention either implicitly or explicitly was based upon the elements of family-centred care.
1. Article includes a minimal amount of implicit evidence that the intervention was based on the elements of family-centred care.
2. Article includes numerous instances of implicit evidence that the intervention was based upon the elements of family-centred care.
3. Article includes a minimal amount of explicit evidence that the intervention was based upon the elements of family-centred care.
4. Article includes numerous instances of explicit evidence that the intervention was based upon the elements of family-centred care.

The maximum possible score is 52. Two reviewers will independently score the study against Family Centredness Score Form (Appendix I). The scores from the two reviewers will be averaged as the final score for the study.

One of three 'degrees of family-centredness' will be assigned to each study assessed:

- A study with a score of 42 or more from a possible total of 52 (80%) will be considered as having a "high degree of family-centredness",
- Those studies scoring between 50% and 80% will be classified as having a "moderate degree of family-centredness",
- Those studies scoring below 50% will be classified as having a "low degree of family-centredness".

Those studies with a family-centeredness score of less than 50% will be excluded from the study.

Assessment of methodological quality

Those studies that are classified as having either a high or moderate degree of "family centredness" will then be assessed by two independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review using standardised critical appraisal instruments from the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI-QARI) (Appendix II).⁴²

Any disagreements that arise on either instrument - family centeredness or quality of studies - between the reviewers will be resolved through discussion, or with a third reviewer.

Data collection

Qualitative data will be extracted from papers included in the review using the standardised data extraction tool from JBI-QARI(Appendix III).⁴² The data extracted will include specific details about the populations, study methods and findings of significance to the review question and specific objectives.

Data synthesis

Meta-synthesis of the qualitative findings will be undertaken. This involves aggregation or synthesis of the findings to generate a set of statements that represent that aggregation through assembling the findings (Level 1 findings), and categorising the findings based on similarity in meaning (Level 2 findings). These categories are then subjected to a meta-synthesis to produce a single comprehensive set of synthesised findings (Level 3 findings) that can be used as a basis for evidence-based practice.

Conflicts of interest

There are no reported conflicts of interest.

Acknowledgements

There are no sources of external funding to report. The authors would like to thank the Cochrane Communication and Consumers Review Group, and John Wiley & Sons Ltd, for permission to publish sections of the Cochrane Systematic Review on Family-centred Care for Hospitalized Children aged 0-12 years.¹

References

1. Shields L, Pratt J, Davis LM, Hunter J. Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;1.
2. Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 10
3. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs.* 2006;15:1317-1323.
4. Costello A, Chapman J. Mothers' perceptions of the care-by-parent program prior to hospital discharge of their preterm infants. *Neonatal Network: Journal of Neonatal Nursing.* 1998;17(7):37-42.
5. Trivette CM, Dunst CJ, Allen S, Wall L. Family-centeredness of the Children's Health Care Journal. *Child Health Care.* 1993;22(4):241-56.
6. Webster PD, Johnson BH. Developing family-centered vision, mission, and philosophy of care statements. Bethesda, Maryland: Institute of Family-Centered Care; 1999.
7. Irlam LK, Bruce JC. Family-centred care in paediatric and neonatal nursing: A literature review. *S Afr Nursing J.* 2002;25(3):28-34.
8. Coyne I, Cowley S. Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies.* 2007;44:893-904.
9. MacKean GL, Thurston WE, Scott CM. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expectations.* 2005;8:74-85.
10. Nethercott S. A concept for all the family: family centred care, a concept analysis. *Professional Nurse.* 1993;8(12):794-797.
11. Alsop-Shields L. A comparative study of the care of hospitalized children in developed and developing countries. Brisbane: Department of Paediatrics and Child Health, University of Queensland; 1998.
12. Johnson B. The changing role of families in health care. *Child Health Care.* 1990; 19:234-41.
13. Bowlby J. *Attachment and loss.* Harmondsworth, UK: Penguin; 1971.
14. Bowlby J. *Separation: anxiety and anger.* Harmondsworth, UK: Penguin; 1973.
15. Platt H. *The welfare of children in hospital.* London: Ministry of Health, Central Health Services Council; 1959.
16. Darbyshire P. *Living with a sick child in hospital: the experiences of parents and nurses.* London: Chapman & Hall; 1994.
17. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centred care. *J Pediatr Nurs.* 2009; 24(2):164-170.
18. Coyne I. Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. *J Clin Nurs.* 2007; 12(23):3150-3158.

19. Palmer S. Care of sick children by parents: a meaningful role. *J Adv Nurs*. 1993; 18(2):185-191.
20. Allen RI, Petr CG. Rethinking family-centered practice. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68(1):4-15.
21. Coyne I, Cowley S. Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2006;44(6):89-904.
22. Neff JM, Eichner JM, Hardy DR, Klein M. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, Institute for Family-Centered Care policy statement: family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatr*. 2003;112(3):691. .
23. Melnyk BM. Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the past and future recommendations. *J Pediatr Nurs*. 2000;15(1):4-13.
24. Callery P. Caring for parents of hospitalized children: a hidden area of nursing work. *J Adv Nurs*. 1997;26:992-8.
25. Melnyk B, Alpert-Gillis L, Feinstein N, Crean H, Johnson J, Fairbanks E, Small L, Rubenstein J, Slota M, Corbo-Richert B. Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatr*. 2004;113:e597-e607.
26. Hummelinck A, Pollock K. Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 2006;62:228-34.
27. Ygge BM. Nurses' perceptions of parental involvement in hospital care. *Paediatric Nursing*. 2007;19(5):38-40.
28. Verwey M, Jooste K, Arries E. Experiences of parents during the hospitalisation of their child in a private paediatric unit. *Curationis*; 2008, 31(2): 30-42.
29. Bruce B, Ritchie J. Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *J Pediatr Nurs*. 1997;12(4):214-22.
30. Bruce B, Letorneau N, Ritchie J, Larocque S, Dennis C, Elliott MR. A multisite study of health professionals' perceptions and practice of family-centered care. *J Fam Nurs* . 2002;8(4):408-29.
31. MacKean GL, Thurston WE, Scott CM. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expect*. 2005;8(1):74-85.
32. Roden J. The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. *J Child Health Care*. 2009;9(3):222-40.
33. Sarajarvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev*. 2006;53(3):205-10.
34. Shields L. Questioning family-centred care. *J Clin Nurs*. 2010; Accepted October 2009;in press.
35. Ahmann E, Johnson BH. Family matters: new guidance materials promote family-centered change in health care institutions. *Pediatr Nurs*. 2001;27(2):173-5.

36. Shields L, Zhou H, Taylor M, Hunter J, Munns A, & Watts R. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years: A systematic review of quasi-experimental studies. *JBI Library of Systematic Reviews*; 2012, 10(39): 2559-2592. JBL000423.
37. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: A review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:1317-23.
38. Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: A review of the research. *Journal of Clinical Nursing*; 2006, 15:1308-16.
39. Coyne I. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45:1682-9.
40. Brophy M, Barrow C. Health problems of the neonate. In: Glasper EA, Richardson J, editors. *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006. p. 623-636.
41. Nixon JW. *Family cohesion in families with an impaired child*. Brisbane: Department of Social and Preventive Medicine, University of Queensland;1988.
42. The Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2011 Edition*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2011.

Appendix I Family Centredness Score Form

Study ID (Author Surname Year): _____

Name of review author completing this form: _____

Date form completed: ____/____/____

Q1

Does this study focus on family-centred care? YES NO

Q2

Does the model of family-centred care in this study score > 25 based on criteria below?

YES NO

	RATING				
13 Elements of FCC	0	1	2	3	4
<i>Cluster 1: Family as a constant</i>					
Family as a constant in child’s life					
Recognising family strengths					
Parent/professional collaboration					
Needs-based family support					
Flexible provision of health care					
Sharing information with families					
<i>Cluster 2: Culturally responsive</i>					
Culturally competent health care					
Respecting family diversity					
Providing financial support					

Instructions for Applying the Form

Q1:

Include any health care intervention that aims to promote the family-centred model of care during a child's hospitalisation. Only studies which provide clear evidence that the family and/or child were actively involved in the planning and/or delivery of healthcare during the child's hospitalisation will be considered for inclusion in this review.

For the purposes of the review, the minimum criteria for active involvement will include evidence of collaboration between health carers and the family and/or child in the planning and/or delivery of care as soon as possible after admission, or during the preadmission period.

Aspects of Family centred care model could include:

- Environmental interventions as evidenced by collaboration with the family and/or child in the design or redevelopment of facilities to provide an environment that maximises parental involvement and enhances child recovery and/or convalescence, care-by-parent units, privacy areas;
- Family-centred policies which may include open visiting hours for siblings or extended family, parent participation in their child's care to the extent they choose (for example, feeding, bathing);
- Communication interventions could include parental presence and participation at daily interdisciplinary ward rounds and family conferences to plan future care, developing collaborative care pathways where both parent and/or child and health carer document issues and progress, reorganisation of health care to provide continuity of care-giver (such as, primary nursing), shared medical records, local hospital based interpreters;
- Educational interventions could include structured educational sessions for parents of technologically dependent children, continuing education programs to equip staff to provide care within a family-centred framework, preadmission programs;
- Family support interventions such as flexible charging schemes for poor families, referrals to other hospital or community services (such as, social workers, chaplains, patient representatives, mental health professionals, home health care, rehabilitation services), facilitating parent-to-parent support.

EXCLUDE Studies where there is no clear evidence of collaboration between the family and/or child and health care provider in the planning and/or delivery of care. Such studies could include parental presence during health care procedures such as routine examinations, anaesthetic induction, venipuncture and post-anaesthetic recovery, bereavement team/protocols, because singular interventions such as parental presence without any collaboration, communication etc does not meet the holism of FCC.

Studies which examine parental presence for a singular procedure, for the same reason. As an

example, parental presence for anaesthesia induction might occur in the OR, but there's nothing to say that the same hospital will let parents be involved in any other aspect of the child's care. Similarly, a study that examines parental presence for venepuncture is not studying FCC, rather it is only parental presence for a specific reason.

Q2: Scoring Criteria for Family Centredness

- 0 Article includes **no evidence** that the author(s) either implicitly or explicitly addressed, endorsed, or advocated adoption of adherence to the elements of FCC.
- 1 Article includes a **minimal amount of implicit evidence** that the author(s) advanced adoption or support of the elements of FCC.
- 2 Article includes **numerous instances of implicit evidence** that the author(s) advanced adoption or support of the elements of FCC.
- 3 Article includes a **minimal amount of explicit evidence** that the author(s) advanced adoption or support of the elements of FCC.
- 4 Article includes **numerous instances of explicit evidence** that the author(s) advanced adoption or support of the elements of FCC.

Explicit evidence = an element was clearly stated and distinctly expressed

Implicit evidence = If it could be inferred that the author(s) descriptions, arguments etc. were consistent with the intent of the elements of FCC

Appendix I: JBI QARI Critical appraisal instrument

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer Date

Author Year Record Number

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

Appendix II: Data extraction instruments

JBI QARI Data Extraction Form for Interpretive & Critical Research

Reviewer Date

Author Year

Journal Record Number

Study Description

Methodology

Method

Phenomena of interest

Setting

Geographical

Cultural

Participants

Data analysis

Authors Conclusions

Comments

Complete

Yes

No

A COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO, FAMÍLIA E PACIENTE CRÍTICO

Regiane de Souza Tigulini⁽¹⁾, Marcia Regina Antonietto da Costa Melo⁽²⁾

⁽¹⁾Discente do 7º semestre do curso de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Bolsista do Programa Especial de Treinamento (PET) da EERP-USP subvencionado pela Secretaria de Educação Superior (SeSu) do Ministério da Educação. Rua 14 de julho, 1044, São João da Boa Vista - SP. CEP:13870-000. E-mail: regianet@zipmail.com.br ⁽²⁾Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

A comunicação é a base do relacionamento entre seres humanos, exigindo do profissional enfermeiro um bom preparo nesta área. Especialmente nas situações de emergência, a comunicação fica abalada por conta da própria condição preocupante para os lados envolvidos: o enfermeiro, o paciente e a família. Este estudo objetivou realizar um levantamento das publicações produzidas a partir de 1990 acerca da comunicação entre o enfermeiro, a família e o paciente crítico. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Os dados foram obtidos através de consultas aos periódicos: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Anais do SIBRACEN, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Acta Paulista de Enfermagem, publicados a partir de 1990. Encontrou-se 12 artigos sendo que 7 (58,33%) abordavam a comunicação da enfermagem com o paciente crítico, 3 (25,00%) o relacionamento com a família e 2 (16,66%) o relacionamento paciente crítico e a sua família. A análise dos artigos mostrou que há necessidade de se implementar ações de forma a refinar a comunicação enfermeiro x paciente, a sistematização das orientações de modo a atender as necessidades dos familiares nesta situação assim como a comunicação efetiva nesta tríade.

Palavras-chave: comunicação, enfermagem, paciente crítico, família

COMMUNICATION AMONG NURSES, FAMILY AND THE CRITICAL PATIENT

Communication is the basis of relationships among human beings, which requires nurses to be well prepared for it. Particularly in emergency situations, communication is hindered due to the very worrisome conditions for those involved: the nurse, the patient and the family. This study aimed to survey the publications produced after 1990 concerning communication between the nurse, the family and the critical patient. Hence, it is a bibliographic research. Data were obtained by consulting the following journals: Revista Latino Americana de Enfermagem, SIBRACEN Proceedings, Revista Brasileira de Enfermagem of São Paulo University, Acta Paulista de Enfermagem published from 1990 onwards. Twelve articles were found, 7 of which (58.33%) addressed communication between nurses and critical patient, 3 (25.00%) dealt with the relationship with family and 2 (16.67%) were related to the relationships between critical patient and family. Article analysis demonstrated the need to implement actions so as to refine the communication between nurse and patient, as well as the systematization of guidelines with a view to meeting the needs of relatives in this situation and effective communication in this triangle.

Key words: communication, nursing, critical patient, family

1. INTRODUÇÃO

A comunicação é a base do relacionamento entre seres humanos, é um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas .

Observamos ao longo da História quantos desentendimentos ocorreram pela comunicação falha. E atualmente, vivendo o fenômeno da globalização, inserimo-nos num contexto cada vez mais competitivo e dependente da informação em quantidade, qualidade e rapidez no seu fluxo. Isso exige de qualquer profissional um bom preparo na área da comunicação, pois há necessidade de clareza na transmissão da informação e interpretação das mensagens, proporcionando assim, um melhor desempenho das atividades de sua competência.

Lidar com pessoas não é só atentar-se para o físico – biológico, mas envolve a humanização, uma maior responsabilidade e respeito sobre o outro, o modo de ser e de agir das pessoas, aspectos estes que se consolidam num fator: a comunicação. É também à este fator que está subordinado o sucesso da administração dos serviços de enfermagem fundamentada mais recentemente no modelo de Gestão pela Qualidade Total. O modelo da Gestão pela Qualidade Total é a administração de um processo que gera um produto/serviço de “qualidade” e apresenta uma filosofia voltada para dois pontos fundamentais: o cliente e o melhoramento contínuo (ANTUNES, 1997).

“O sucesso ou o fracasso das interações humanas dependem de como a comunicação se efetiva” (FERRAZ et al., 1998). Ela torna os indivíduos mais flexíveis, com maior possibilidades de escolhas e resoluções em momentos difíceis, não devendo ser subestimada em nenhum âmbito das relações humanas. E para a enfermagem não é diferente.

O enfermeiro em primeiro plano deve comprometer-se com o paciente e seus familiares estabelecendo um vínculo sólido e contínuo (RONCARATTI; PEREIRA, 1996).

Em especial, nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente abalada por conta da própria condição preocupante para os três lados envolvidos: o profissional da saúde que “corre contra o tempo”, o paciente que encontra-se em situação de perigo, e a família que enfrenta o medo das conseqüências. Isto ressalta que o bom relacionamento interpessoal da equipe de trabalho envolvida é o responsável por um ambiente agradável e pela qualidade e eficiência dos serviços prestados aos clientes.

“Não basta ao enfermeiro ter pretensão ou boa vontade de comunicar-se com os pacientes, com sua equipe de trabalho, com outros profissionais. Não basta ainda conhecer o ser humano tanto biológica como psiquicamente no seu desenvolvimento natural. Ele precisa ter conhecimento das emoções, sentimentos e motivações do ser humano, tanto no que se refere ao comportamento do paciente, como também naquilo que tange à sua própria, pois, a intercomunicação ocorre entre dois seres que agem, reagem e influenciam-se mutuamente” (RODRIGUES, 1990). Concordamos com Ferreira (2000) que a família do paciente não deve ficar fora dessa esfera e merece toda atenção e respeito dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, a quem eles reportam seus medos, angústias e conflitos. A enfermagem é o elo entre o paciente e seus familiares, com outros profissionais de saúde.

O relacionamento entre equipe de saúde x paciente x família deve ter por objetivo ajudar o paciente, de forma estruturada através de interações planejadas, utilizando-se os conhecimentos da comunicação terapêutica, possibilitando a comunicação eficiente. Daí tão grande importância atribuída à comunicação.

Por duas vezes, vivenciando situações de emergência, o questionamento sobre o tema já era intrigante. Quando ingressamos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–USP deparamo-nos com trabalhos sobre a temática da comunicação nas relações de enfermagem mostrando a necessidade de se atenuar os obstáculos comunicativos existentes e a importância desse processo de comunicação nos cuidados prestados por enfermeiros, motivando-nos a realizar este estudo, voltado especialmente ao paciente crítico e sua família.

2.OBJETIVO

Conhecer e analisar a situação das publicações científicas nacionais acerca da comunicação entre equipe de enfermagem, família e paciente crítico.

3.METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa à literatura retrospectiva para verificar a evolução do assunto investigado a fim de certificar-se de que o tema já foi estudado anteriormente (SOUZA, 1995).

Em concordância com este autor esta pesquisa incluiu: escolher o tema, determinar os objetivos, elaborar o plano de trabalho, identificar e localizar as fontes, obter o material, lê-lo, tomar apontamentos acerca da idéia principal e dos dados potencialmente significativos. A leitura do material levantado buscou atender as seguintes finalidades:

- 1.identificar as informações e os dados do material;
- 2.estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com a temática proposta;

3.analisar o conteúdo das informações e os dados apresentados pelos autores.

De acordo com a mesma autora os apontamentos dos textos devem ser redigidos com frases próprias, evitando-se utilizar as do autor, o que foi feito em sua grande maioria.

Para compor o conjunto de trabalhos a serem analisados, procedeu-se a um levantamento junto à cinco periódicos de Enfermagem: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Anais do Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP e Revista Acta Paulista de Enfermagem, buscando as edições as quais encontravam-se cadastradas como pertencentes à Biblioteca Central do Campus e na sala de leitura Gleite de Alcântara da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Os periódicos selecionados cobriram o período de 1990 a 1999, exceto para a Revista Latino-Americana de Enfermagem que iniciou sua edição em 1993.

Primeiramente realizou-se um levantamento na base de dados Dedalus e como não foi encontrado um número satisfatório de artigos, optou-se por um levantamento que pode-se chamar de manual, consultando as revistas uma a uma.

O critério de inclusão dos trabalhos no conjunto a ser analisado, foi ter mencionado nos unitermos ou palavras-chaves os vocábulos comunicação- enfermagem- paciente crítico- família, sendo que, todos os trabalhos traziam como paciente crítico aqueles de CTI ou submetidos à tratamentos de alto risco, como o transplantado hepático, por exemplo.

Entretanto, nem sempre as revistas adotavam a exibição dos unitermos ou palavras-chaves, por isso foi necessário a leitura dos artigos e buscar neles o que poderiam trazer de relação com o tema proposto. A partir desta, procedeu-se à seleção e o registro na ficha catalográfica proposta para este estudo, composta por:

- 1.Dados de identificação da publicação;
- 2.Dados relativos à metodologia utilizada;
- 3.Síntese do tema estudado.

Quando necessário procedeu-se à releitura do artigo para manter sua inclusão ou não.

O levantamento e a leitura dos artigos foram realizados no período de Janeiro à Abril de 2001.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de artigos selecionados em cada periódico encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número e percentual de artigos selecionados por periódicos de enfermagem nacionais acerca da comunicação entre equipe de enfermagem, família e paciente crítico, no período de 1990 a 1999. Ribeirão Preto, 2002

Revista / Periódico	Número de artigos selecionados	Porcentagem
Latino-Americana de Enfermagem	00	0,0
Sibracen	05	41,66
Brasileira de Enfermagem	04	33,34
Escola de Enfermagem - USP	02	16,67
Acta Paulista de Enfermagem	01	8,33
Total	12	100

Verificou-se que 05 (41,66%) dos artigos relacionados ao tema proposto foram publicados pelo Anais do SIBRACEn, 04 (33,34%) pela Revista Brasileira de Enfermagem, 02 (16,67%) pela Revista da Escola de

Enfermagem da USP, 01 (8,33%) pela Revista Acta Paulista de Enfermagem e nenhum artigo pela Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Quanto a evolução do tema no período proposto, verificou-se um maior número de publicações sobre o tema estudado no ano de 1996, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do número e percentual de artigos publicados, por ano, em periódicos de enfermagem nacionais acerca da comunicação entre equipe de enfermagem, família e paciente crítico, no período de 1990 a 1999. Ribeirão Preto, 2002

Ano de publicação	Total publicado sobre o tema estudado	Porcentagem
1990	02	16,67
1992	01	8,33
1994	02	16,67
1995	01	8,33
1996	04	33,34
1998	01	8,33
1999	01	8,33
Total	12	100

Os artigos foram procedentes de várias instituições de ensino superior, tendo a seguinte distribuição: 01 (8,33%) da Universidade Federal de Goiás, 04 (33,34%) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 01 (8,33%) da Universidade Federal do Paraná, 01 (8,33%) da Universidade do Estado de São Paulo de Botucatu, 01 (8,33%) da Universidade Federal do Estado de São Paulo, 02 (16,67%) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 01 (8,33%) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense e 01 (8,33%) não citado.

Do total de trabalhos analisados, em 08(66,66%) deles, seus autores estavam vinculados à Instituição de Ensino Superior (docentes, graduandos e/ou pós-graduandos), 02 (16,67%) eram trabalhos de autoria de enfermeiros docentes juntamente com enfermeiros de campo, 01(8,33%) era de enfermeiro de campo e 01 (8,33%) não referiu qualquer nota sobre a área profissional do autor.

Constatou-se que 05 (41,66%) dos artigos selecionados usaram a metodologia descritiva, 04 (33,34%) usaram a exploratória descritiva, 01 (8,33%) a experimental-descritiva, 01 (8,33%) a experimental e 01 (8,33%) a exploratória.

A análise dos dados foi de 07 (58,33%) artigos com análise qualitativa, 03 (25%) quantitativa e 02 (16,67%) quanti-qualitativa.

Com relação à síntese do tema estudado verificou-se que 07 (58,33%) destes artigos abordavam a comunicação da enfermagem com o paciente crítico, 03 (25%) abordavam o relacionamento com a família e 02 (16,67%) eram sobre o relacionamento paciente crítico e a sua família.

Os resultados apresentados neste estudo mostram que apesar da maior parte dos artigos selecionados serem de autoria de enfermeiros docentes, graduandos e/ou pós-graduandos, houve registro de trabalhos sobre o tema proposto com autoria de enfermeiros de campo, o que revelando que sua atenção também tem se voltado para este aspecto da assistência de enfermagem.

É importante salientar que consideramos ainda pequeno o número de artigos publicados, em nível nacional, sobre o tema e quando analisados, eles abordam aspectos diferentes diminuindo ainda mais esta relação. Desse modo, é necessário que se estimule ainda mais a produção científica dentro do ambiente hospitalar que é o local onde os fatos ocorrem como realmente são.

A análise dos dados evidenciou também que em sete artigos levantou-se aspectos negativos do dia a dia em relação à comunicação com enfoque ao paciente, levando a equipe à implementar ações de forma a modificar esta situação obtendo uma avaliação positiva sobre isso. Três trabalhos reportaram preocupação com a família apontando em todos eles uma precisão de se sistematizar estas orientações de modo a atender as necessidades dos familiares nesta situação. Em dois artigos encontrou-se a relação do paciente crítico com a sua família e ressaltaram a importância da sua participação no tratamento deste paciente assim como a comunicação efetiva nesta tríade.

Concordamos com Melo e Valle (1995) que "a comunicação na enfermagem deveria atingir um sentido mais amplo, que é o de um relacionamento terapêutico, entendido como um processo interativo, envolvendo afinidade, compreensão e aceitação entre o enfermeiro, o paciente e a família".

Isso alerta para o fato de que a visão holística dos elementos da equipe de enfermagem e a humanização do cuidado precisam ser melhor trabalhados a fim de possibilitar uma melhora significativa na comunicação visando a qualificação da assistência prestada à estes clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, A.V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. Ribeirão Preto, 1997. p.247. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.
- FERRAZ, A.E. P. et al. O processo de comunicação em enfermagem. Visão do aluno de graduação. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 6º, Ribeirão Preto, 1998. **Anais**. Ribeirão Preto, USP, 1998. p. 162-74
- FERREIRA, D. A. Enfermagem no apoio à família de pacientes graves ou terminais. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, II, **Anais**, Uberlândia, 2000. p.170-79
- MELO, L.L.; VALLE, E.R.M. Apoio emocional oferecido pela equipe de enfermagem à criança portadora de câncer e à sua família. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, jan-mar, 1995, v.48, n. 01, p.93-102
- RODRIGUES, A. R. F. A. A comunicação intrapessoal e a enfermagem. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação Em Enfermagem, 2º, **Anais**, Ribeirão Preto, 1990. p. 73-85
- RONCARATTI, E.; PEREIRA, V. A. G. Relacionamento enfermeiro- paciente- família. In: VENTURA, M. F. et al. **Enfermagem ortopédica**. São Paulo, Ícone, 1996. p. 34-38
- SOUZA, M. C. B. M. **Estudo bibliográfico da produção da enfermagem psiquiátrica no Brasil no período de 1932 a 1993**. Ribeirão Preto, 1995. p.201. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

**APÊNDICE VI: MANUAL DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DA SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

MANUAL DE SERVIÇO: SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

DISCENTE:

ALEXANDRA SOUSA – N.º 3903

SOB ORIENTAÇÃO:

PROF. DOUTORA PAULA DIOGO

ENF.ª ESCJ PRISCILA NOGUEIRA

LISBOA

2015

LISTA DE ABREVIATURAS

- AAH – Associação dos Amigos do Hospital
AO – Assistente Operacional
CCF – Cuidados centrados na família
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
DGS – Direção Geral de Saúde
HSM – Hospital de Santa Maria
MCDT – Meios complementares de diagnóstico e tratamento
OMS – Organização Mundial de Saúde
SOPed – Serviço de Observação de Pediatria
SUC – Serviço de Urgência Central
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
TAC – Tomografia Axial Computorizada
UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	5
1 - CENTRO HOSPITALAR.....	7
1.1 - Hospital.....	7
1.1. 1 - Departamento de Pediatria.....	7
1.1.2 - Serviço de Urgência Pediátrica.....	8
2 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	9
2.1 - Missão e Objetivos.....	10
2.2 - Recursos Humanos.....	12
2.3 - Estrutura Física.....	14
3 - ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	17
3.1 - Circuito do Utente Pediátrico.....	17
3.1.1 - Admissão.....	17
3.1.1.1 - Readmissão do Utente Pediátrico admitido pelo Serviço de Urgência Central.....	19
3.1.2 - Observação Médica.....	19
3.1.2.1 - Observação do Utente Pediátrico pelas especialidades médicas e cirúrgicas...20	
3.1.3 - Realização de Exames Complementares de Diagnóstico.....	21
3.1.4 - Transporte para o Bloco Operatório.....	23
3.1.4.1 - Preparação Pré-Operatória.....	23
3.1.5 - Transferência do Utente Pediátrico interserviços.....	25
3.1.5.1 - Transferência Interhospitalar.....	26
3.1.6 - Alta Hospitalar.....	27
3.2 - Sistema Informático.....	27
3.3 - Confidencialidade de dados/Tratamento e circulação de dados pessoais.....	28
3.4 - Comunicação com a família.....	30
3.4.1 - Guia de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica.....	31
3.4.2 - Acompanhamento.....	32
4 - ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	34

4.1 – Organização dos cuidados.....	34
4.2 – Terapêutica.....	34
4.3 – Utilização e Manutenção do Carro de Urgência.....	35
4.4 – Registos de Enfermagem.....	35
4.5 – Competências dos Enfermeiros	35
PASTA ABERTA.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

APÊNDICES

APÊNDICE I: GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO
TERAPÊUTICA COM A CRIANÇA/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SUP

ANEXOS

ANEXO I REORGANIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DA FAMÍLIA E DA CRIANÇA

ANEXO II REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS
GERAIS

ANEXO III REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

NOTA INTRODUTÓRIA

O Manual de Serviço de Urgência de Pediatria surge no âmbito do Projeto de Acreditação do Centro Hospitalar, nomeadamente do Serviço de Urgência de Pediatria (SUP).

A qualidade é, fundamentalmente, uma filosofia de vida antes de ser uma filosofia de ação, que o profissional deve incorporar na sua prática diária. Como refere Kaoru Ishikawa (citado por Mezomo (2001), p.57) “a qualidade começa e termina com a educação”. Educação esta que se baseia na dignidade do profissional como pessoa humana e para a sua capacitação efetiva para uma produção de bens e serviços que o satisfaça e realize.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003, p.4), um serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de modo seguro e sem desperdício.” Contudo, o conceito de qualidade tem vindo a influenciar o conceito de qualidade em saúde e todos aqueles que dele derivam, como é o caso do conceito de qualidade dos cuidados de Enfermagem; assim “na procura de excelência do exercício profissional, o Enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”(Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.13).

A segurança do paciente é um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, educadores, governos, entre outros; devendo estes assegurar cuidados de saúde seguros e a ausência de ameaças para o paciente (Mansoa, 2010). Desde os primórdios da Enfermagem que este tem sido um tema debatido e pelo qual se luta diariamente. Já Florence Nightingale, em 1869, dizia “First do [the patient] no harm”, como cita (Malone, 2004, p. 86), sendo responsabilidade moral, profissional e individual do Enfermeiro garantir que nada prejudicaria intencionalmente o seu paciente aquando o seu cuidado.

De forma a melhorar a segurança do paciente, deverá existir um forte e leal compromisso com a chefia ao nível da criação de culturas de segurança para que o profissional se sinta mais apoiado e em constante aprendizagem (Malone, 2004).

Desta forma, com o presente Manual de Serviço pretende-se contextualizar o serviço de Urgência Pediátrica na instituição hospitalar, fazendo uma caracterização sumária do

mesmo, descrevendo o circuito do utente pediátrico que recorre ao SUP, uniformizando os procedimentos que estão inerentes desde a admissão da criança/família até ao momento da transferência e/ou alta hospitalar e contribuindo para a busca incessante de qualidade no cuidar e segurança da criança e família.

1 - CENTRO HOSPITALAR

No Centro Hospitalar (CH) encontram-se inseridos vários Hospitais e Centros de Saúde, cujo Decreto-Lei nº 23/2008 de 8 de Fevereiro regula a sua criação e estatutos. O CH é um estabelecimento de referência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde à população da sua zona de influência. A sua atividade centrada no primado do utente engloba também a referência em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa.

Com esta missão, o CH cumpre os objetivos de uma grande unidade do sistema público, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente, da promoção da qualidade e da excelência, com consequente satisfação dos doentes e dos profissionais.

No que diz respeito aos valores partilhados pelos profissionais do CH, destacam-se os princípios éticos, de respeito pela dignidade humana e responsabilidade social, a excelência dos serviços prestados à comunidade e as competências científicas e técnica (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, 2015).

1.1. Hospital

O presente Hospital foi inaugurado em 1953, completando em 2015, sessenta e dois anos de atividade. Ao longo dos tempos, esta unidade hospitalar de referência a nível nacional, tem estado vocacionada para a diferenciação técnica. Ao ser considerado um grande centro de ensino, tem desempenhado o papel de unidade base para o ensino clínico de diversos profissionais, onde se diferenciam milhares de médicos, Enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, 2015).

1.1.1.- Departamento de Pediatria

Ao longo dos 50 anos de existência, a Clínica Universitária de Pediatria tem acompanhado a diferenciação pediátrica que a evolução científica foi exigindo. Atualmente, o Departamento de Pediatria do CH encontra-se organizado em Unidades

Funcionais e Técnicas, prestando assistência diferenciada a crianças/jovens até aos 17 anos e 364 dias. Os doentes com patologia crónica, sempre que clinicamente se justifique mantêm o seguimento após os 18 anos.

A atividade assistencial do Serviço de Pediatria Médica/Unidades Funcionais é desenvolvida no internamento, consulta externa, hospital de dia, visita domiciliária, cuidados intensivos, unidade de técnicas e serviço de urgência.

As unidades diferenciadas do departamento são:

- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;
- Unidade de Infeciologia e Imunodeficiência;
- Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição;
- Unidade de Nefrologia;
- Unidade de Doenças Metabólicas;
- Unidade de Neurologia;
- Unidade de Pediatria Geral;
- Unidade de Pneumologia;
- Unidade de Imuno-alergologia;
- Unidade de Neuro desenvolvimento;
- Unidade de Endocrinologia;
- Unidade de Medicina da Adolescência.

Apresenta-se em anexo (Anexo I) o documento oficial referente à reorganização do Departamento da Criança e da Família.

1.1.2. Serviço de Urgência de Pediatria

O Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) é constituído pelo ambulatório urgente que engloba a Triagem, Sala de Tratamentos, Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Reanimação e Serviço de Observação de Pediatria (SOPed). Em Abril de 2012, a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) e a Unidade de Técnicas de Pediatria, passaram a ser serviços independentes do SUP, tendo em conta que até então eram sectores pertencentes a este serviço. Assim, a UCIPed dispõe de oito vagas de Cuidados Intensivos; enquanto a Unidade de Técnicas de Pediatria, localizada no Piso 1, é um serviço onde se realizam Tratamentos e Meios Auxiliares de Diagnóstico, do foro da

Cardiologia, Neurologia, Gastroenterologia, Pneumologia/Função Respiratória,
Cirurgia/Urodinâmica, Ortopedia/Reumatologia.

2. SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA

O SUP é um serviço dotado de recursos físicos e humanos capazes de assegurar a prestação de cuidados médico-cirúrgicos e de Enfermagem diferenciados a todos os utentes em idade pediátrica com necessidade de cuidados emergentes/urgentes, por admissão interna ou externa. Recorrem ao SUP um leque muito heterogéneo de patologias e com diferentes níveis de gravidade, necessitando de cuidados, também eles, muito diferentes.

2.1. Missão e Objetivos

O SUP, integrado no Departamento de Pediatria tem por missão prestar cuidados diferenciados e altamente especializados a utentes em idade pediátrica, em situação emergente/urgente. O objetivo final do SUP consiste na prestação de cuidados diferenciados e de terceira linha, ao utente pediátrico gravemente doente, minimizando os efeitos secundários da doença e/ou tratamento e promovendo a mais completa recuperação, no âmbito das vertentes física, psicológica, espiritual e social e funcional.

O cuidar consiste em tentativas transpessoais para proteger, aumentar e preservar a humanidade, auxiliando a pessoa a encontrar significado na doença, sofrimento, dor e existência, ajudando a adquirir autoconhecimento, controlo e restabelecimento, envolvendo valores, vontade e compromisso para o cuidar (Watson, 2002).

No SUP, desde o momento da admissão, existe a preocupação de garantir um atendimento individualizado, de acordo com as necessidades do utente pediátrico, família, acompanhantes significativos, promovendo a humanização em todos os cuidados e atitudes.

Na pediatria, a qualidade passa também pelos cuidados centrados na família (CCF), uma vez que garantem a saúde e o bem-estar à criança/família através de uma relação de respeito, honrando os pontos fortes, cultura e conhecimentos que todos os elementos desta relação trazem para a mesma; regendo-se pelos cuidados à pessoa e não à sua condição, sendo o paciente melhor entendido no seu contexto de família, o que irá

resultar em melhores cuidados de saúde, maior segurança e satisfação (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

Esta atitude envolve condições como:

- Acolhimento pela equipa ao utente pediátrico/acompanhantes;
- Informação aos acompanhantes acerca da situação e evolução clínica;
- Reuniões de equipa com os acompanhantes sempre que a situação o exige;
- Solicita-se o apoio de outros profissionais, quando necessário.

O SUP pretende evoluir para um futuro de melhoria constante dos cuidados prestados, para uma otimização dos resultados. Desta forma, o SUP possui uma equipa profissional dedicada, empenhada e cada vez mais apta a perseguir um ideal de excelência, baseado na entreajuda, no aprofundamento de conhecimentos e na análise constante do trabalho realizado, com implementação de estratégias para otimização dos resultados. Para tal, a equipa de Enfermagem possui um olhar constante na formação e atualização de conhecimentos, quer através de pós-graduações e especialidades, como através de mestrados que frequenta.

Na criança/família, o *stress* vivenciado numa situação de doença súbita é diferente do que na doença crónica; sendo que na doença súbita, as mudanças comportamentais e afetivas são vividas num período de tempo curto, requerendo uma rápida mobilização das competências familiares para lidar com a situação (Jorge, 2004). O sofrimento da família relativamente ao processo de doença aguda da criança pode ser causado pela gravidade da doença, pela ansiedade no envolvimento na prestação de cuidados e também pela capacidade de lidar com as emoções. A postura individual de cada profissional é essencial e envolve um conjunto de valores que implicam:

- Cumprimento dos princípios éticos;
- Respeito pelas características individuais do utente pediátrico e família;
- Cuidados centrados no utente pediátrico e família;
- Acolhimento individualizado;
- Humanização dos cuidados;
- Implementação de técnicas inovadoras;
- Elaboração e discussão de incidentes críticos;
- Formação contínua em serviço;
- Atualização permanente;

- Divulgação e partilha de conhecimentos em cursos no Centro de Formação, jornadas e congressos.

2.2. Recursos Humanos

Para o funcionamento do SUP existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes sectores profissionais, constituindo desta forma uma equipa multidisciplinar.

A equipa do SUP é constituída por:

- ✓ Médicos pediatras com treino e competência em serviço de urgência;
- ✓ Médicos internos da especialidade em constante rotação;
- ✓ Enfermeiros especialistas em diversas áreas;
- ✓ Enfermeiros com treino e vivência diária deste tipo de cuidados;
- ✓ Assistentes Operacionais;
- ✓ Administrativo.

A equipa de Enfermagem é constituída mais especificamente por:

	N.º de elementos
Enf.º Chefe	1
Enf.º de Apoio à Gestão	1
Enfermeiros	21
Enfermeiros especialistas	4

A Equipa de Enfermagem do SUP encontra-se organizada em quatro equipas de quatro/cinco elementos, sendo que um dos elementos desempenha o papel de Chefe de Equipa, cujas funções consistem em orientar a Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais na resolução de problemas, elaborar o plano de distribuição de trabalho em cada um dos turnos, zelar pelo bom funcionamento do equipamento e materiais e, sobretudo, pela qualidade dos cuidados prestados, sendo por princípio, um agente motivador da sua equipa.

O horário estabelecido para cada um dos turnos da equipa de Enfermagem é o seguinte:

Turno	Horário
Manhã	8h – 15h30
Tarde	15h – 23h00
Noite	22h30 – 8h30

A Equipa Médica é constituída por 4/5 médicos que constituem a equipa fixa do SUP, que faz o turno da manhã e da qual fazem parte a Diretora de Serviço, 2 Médicos Pediatras, 1/2 Médicos Internos de Especialidade e ainda 1/2 Médicos do Ano Interno Comum. Nos turnos da tarde e noite, a equipa médica é assegurada por 4/5 médicos, dos quais existem, geralmente, 2 especialistas e 3/4 médicos externos ao SUP, que estão em constante rotação.

Nos turnos da tarde e noite, nos quais não se encontram médicos, em presença física, nos serviços de internamento, é a equipa de médicos do SUP/UCIPed que assegura qualquer intercorrência que possa surgir. Assim, nestes turnos os médicos do SUP são responsáveis pelos internamentos do Piso 6 e 7, sendo que a equipa médica da UCIPed é responsável pelos internamentos do Piso 8 e 9.

Existe também o apoio por parte de outras especialidades, sempre que solicitados pelos médicos do SUP, nomeadamente: Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Anestesia, Pneumologia, Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica.

O SUP conta também com o apoio do Serviço de Dietética e Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Terapia da Fala, Assistência Religiosa e Espiritual.

De modo a diminuir os efeitos da hospitalização no utente em idade pediátrica e a favorecer a sua atividade lúdica, sempre que a situação clínica o permita, poderá também ser solicitado o apoio da Educadora de Infância. Neste contexto, existe também a visita da “Operação Nariz Vermelho”, que tem como principal propósito assegurar de forma contínua um programa de intervenção dentro dos serviços pediátricos dos hospitais portugueses, através da visita de palhaços profissionais, com formação especializada, e trabalhando em colaboração com os profissionais de saúde (Operação Nariz Vermelho, 2015).

O serviço conta ainda com a ajuda de uma equipa de voluntários que pertence à Associação dos Amigos do Hospital (AAH), fundada em 1996. Assim a AAH pretende servir de elo entre o utente, a sua família e a comunidade, contribuindo para a humanização do Hospital, para a melhoria das condições de acolhimento e internamento, desenvolvendo o espírito de solidariedade, através de valores como a solidariedade, espiritualidade e cidadania (Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, 2015). O serviço dispõe ainda de uma Secretária de Unidade, comum ao SUP e UCIPED que é responsável por todos os procedimentos de carácter burocrático, todos os dias úteis das 9h às 17h.

Do SUP faz ainda parte uma equipa de 9 Assistentes Operacionais (AO). A articulação entre os diferentes grupos profissionais deve ser regida pelas elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, privilegiando um clima comunicacional e relacional que propicie um bom ambiente de trabalho e tenha sempre em vista o bem-estar do utente pediátrico.

2.3. Estrutura Física

O SUP é constituído por diversas salas de observação e tratamento e pelo serviço de observação. Assim, o SUP é constituído por:

Sala de triagem	Sala de aerossóis
Gabinete Chefe de Serviço;	Sala de Reanimação
3 Salas de Observação Médica	Sala de Vigilância
Sala de Tratamentos	Sala de Pequena Cirurgia
Sala de Reuniões Médica	Sala de acondicionamento do material de consumo clínico
2 WC para pessoal	WC para crianças e acompanhantes
Sala de Limpos	Sala de Sujos
Copa	Serviço de Observação:

	<p>6 Unidades</p> <p>Sala de Trabalho</p>
--	---

No SOPed existem 6 unidades, sendo que cada uma é constituída por uma cama hidráulica/elétrica, uma estrutura metálica de suporte a seringas e bombas infusoras, sistemas de monitorização cardíaca e hemodinâmica, sistema de oxigénio e aspiração por vácuo e gavetas para acondicionamento de material de consumo. Este material, previamente definido, deverá ser colocado em cada unidade do utente está definido, sendo a sua reposição uma responsabilidade da AO, com supervisão da equipa de Enfermagem. Cada unidade deverá estar preparada com:

Equipamento	Cama
	Monitor cardíaco com cabo saturação O2, Cabo ECG, Cabo TA
	2 Bombas Infusoras
	1 Seringa Infusora
	1 Oxímetro
	1 Debitómetro O2 com copo
	1 Debitómetro O2 com conexão para aerossol
	2 Rampas de vácuo (1 rampa de baixa pressão e 1 rampa de alta pressão)
Material clínico	1 Copo de aspiração
	1 Kit de aerossol
	1 Frasco de desinfetante
	1 Frasco de soro fisiológico de lavagem
	Ampolas de soro fisiológico
	Seringas 2 cc
	Seringas 5 cc
	Seringas 10 cc
	Seringas 20 cc
	Eletrodos
	Compressas

	Adesivo
	Oxímetro
	Agulhas

3. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SUP

A organização e funcionamento do SUP serão descritos e abordados segundo os seguintes processos: Circuito do Utente Pediátrico no SUP; Acompanhamento do Utente Pediátrico no SUP e normas do Acolhimento.

3.1 Circuito do Utente Pediátrico

Desde o processo de admissão até ao momento da alta, o utente percorre um determinado circuito.

3.1.1 Admissão

O utente pediátrico é inscrito no SUP através do serviço administrativo e aguarda na sala de espera 1 pela sua chamada para a sala de triagem. São inscritos todos os utentes com idades compreendidas entre 0 e 17 anos + 364 dias, não existindo área residencial de eleição. O utente pediátrico com mais de 17 anos portador de doença crónica, seguido na Consulta de Pediatria do presente Hospital, poderá ser inscrito no SUP, após confirmação com o Chefe de Equipa e enquanto não é transferido para a consulta de adultos.

O aumento do número de utilizadores sem situação de urgência vem, por sua vez, prejudicar a otimização da prestação de cuidados aqueles que deles necessitam, principalmente baseado na filosofia de atendimento “por ordem de inscrição”. Pode-se pressupor que a criança que necessita de cuidados urgentes, pode sofrer agravamento do seu estado de saúde enquanto espera a sua vez, se não for atempadamente atendida. Perante esta situação, verificou-se a necessidade de implantar um Sistema de Triagem com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da satisfação profissional da Equipa de Saúde.

Assim, após a admissão, o Enfermeiro da Sala de Triagem irá chamar a criança de forma a realizar uma avaliação inicial. A triagem é um processo a implementar em todos os doentes que afluem ao serviço de urgência para determinar a gravidade do quadro clínico quer de uma doença ou de uma lesão. Define-se como um procedimento

sistemático e dinâmico de tomada de decisão priorizando os cuidados de saúde a prestar (Cronin, 2003).

Um sistema eficaz de triagem pretende a identificação rápida de doentes que se encontram em risco eminente de vida e secundariamente determinar prioridades quanto às necessidades de cuidados, estabelecendo áreas de atendimento e regular de certa forma a afluência aos serviços. O código de triagem reflete a necessidade clínica de um paciente e precede o diagnóstico médico. A qualidade das decisões feitas na triagem inicial tem importantes implicações nos resultados de saúde de cada utente (Gerdtz and Bucknall, 2000).

Existem diferentes tipos de triagem que variam de acordo com a instituição em que está implantado, estando diretamente relacionado com a responsabilidade que é atribuída ao elemento encarregue da Triagem.

O tipo de triagem realizada pelos profissionais do SUP do Hospital é a triagem básica, executada por um Enfermeiro que avalia a situação, define a prioridade e encaminha para a área de atendimento apropriada, sempre que apresentar qualquer dúvida ou dificuldade em decidir, deverá recorrer ao médico de apoio à triagem. O Enfermeiro da sala de triagem, para além do acolhimento e da relação de ajuda à criança e família, possui também funções de avaliação da situação de saúde da criança, estabelecimento de prioridades de atendimento, encaminhamento da criança/pais para o local de atendimento e ensino à criança/pais.

Após a avaliação na triagem e atribuída a correspondente prioridade, a criança deverá aguardar na sala de espera 1. O Enfermeiro deverá alertar a criança/acompanhante que caso ocorra alguma alteração no estado clínico deverá novamente dirigir-se à sala de triagem, a fim de efetuar uma reavaliação do seu estado.

Em situação clínica instável ou perigo de vida eminente, a criança acompanhada por bombeiros, INEM ou profissionais de saúde de outras instituições, deverá entrar diretamente no SUP, dirigindo-se ao Enfermeiro da sala de triagem. Neste momento, o segundo tripulante/bombeiro/Enfermeiro ou acompanhante da criança deverá realizar a sua inscrição junto ao administrativo.

Após a passagem de toda a informação acerca do utente e posterior observação e avaliação do seu estado pelo Enfermeiro da sala de triagem, o utente pediátrico é encaminhado para os diferentes sectores do serviço/instituição conforme Protocolo da

Triagem e a situação clínica do utente, de modo a garantir a segurança/qualidade dos cuidados.

3.1.1.1 Readmissão do utente pediátrico admitido pelo Serviço de Urgência Central

O Serviço de Urgência Central (SUC) recebe o utente pediátrico politraumatizado ou vítima de trauma menor mas com ferida aberta, com idade superior a 10 anos.

No SUC é realizada triagem de Manchester pelo Enfermeiro. O sistema de triagem de Manchester, acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros, consiste num protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada utente que recorre ao serviço. Após efetuar a sua admissão, o utente é encaminhado para o Enfermeiro que lhe fará perguntas sobre o motivo da sua vinda ao SUC e, após uma observação rápida e objetiva, lhe atribuirá uma cor. Existem 5 cores que poderão ser atribuídas, sendo: vermelho, laranja, amarela, verde e azul, cada uma representando um grau de gravidade e o tempo ideal em que o utente deverá ser observado pela equipa médica (Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, 2015).

Após observação e avaliação médica, a criança procederá, se solicitado, à realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT). Aquando a obtenção dos resultados dos exames efetuados, o utente pediátrico é encaminhado para o SUP ou UCIPED, consoante a sua situação clínica, devidamente acompanhado por elementos da equipa de saúde do SUC (Enfermeiro, AO e médico, sempre que necessário).

No SUP é recebido pelo Enfermeiro da sala de triagem, que deverá observar e avaliar a criança, encaminhando-o para a observação médica.

3.1.2 Observação médica

A observação médica é realizada num dos 3 gabinetes de observação. Após observação e avaliação do utente pediátrico, o médico encaminhará a criança para a sala de tratamentos, caso prescreva alguma medicação ou realização de tratamento pelo Enfermeiro. Poderá também encaminhar a criança para outros sectores, tal como realização de exames complementares de diagnóstico e conforme a situação clínica é feito o encaminhamento necessário.

Desta observação o utente pode ser encaminhada para observação por outra especialidade médica e/ou cirúrgica, para realização de tratamento/medicação e realização de exames complementares de diagnóstico. Após a devida avaliação da situação poderá ser internado em serviço de internamento pediátrico do HSM, permanecer em vigilância no SOPed, regressar ao hospital de origem ou ter alta para domicílio.

3.1.2.1 Observação do utente pediátrico pelas especialidades médicas e cirúrgicas

Sempre que necessário, a criança poderá ser observada por outras especialidades médicas. A criança poderá vir referenciada de outra instituição (Hospital, Centro de Saúde, entre outros) para ser observada por determinada especialidade, com devida carta de referenciação. Neste caso, o Enfermeiro que se encontra na triagem poderá encaminhar diretamente a criança para observação pela especialidade, juntamente com o seu acompanhante.

Para observação pelas especialidades de presença física no SUC, como oftalmologia e otorrinolaringologia (ORL), o Enfermeiro/médico deverá encaminhar diretamente a criança/família. Contudo, no período das 20h às 8h e aos fins-de-semana, existem certos critérios, nomeadamente: epistáxis ativa, presença de corpo estranho ou trauma, no caso de ORL e, no caso de oftalmologia, o utente será observado em caso de traumatismos vários, celulite orbitária, glaucoma agudo, patologias necessitando de apoio multidisciplinar não existente localmente ou perda súbita de visão.

Contudo, existem certas especialidades que se encontram em presença física no Hospital e em constante rotação, pelo que, sempre que necessário, se deslocarão ao SUP.

Para observação pela cirurgia pediátrica no SUP, a criança deverá ter até 10 anos com trauma menor e ferida aberta. Se a criança tiver mais de 10 anos deverá ser encaminhada para o SUC.

Após a triagem, o Enfermeiro deverá comunicar à equipa médica a necessidade de observação pela cirurgia pediátrica. O médico assistente deverá contactar o colega de presença física que indicará os primeiros cuidados a prestar, assim como o possível tempo de espera. Logo que seja possível, o cirurgião deverá deslocar-se ao serviço e observar a criança na sala de pequena cirurgia. Se assim o entender, o cirurgião de

presença física, deverá contactar o cirurgião de prevenção para que, em conjunto, observem o utente.

A equipa de Neurocirurgia encontra-se no Hospital também em presença física, pelo que o médico de urgência deverá entrar em contacto com a mesma, sempre que necessário, para que esta se desloque ao serviço.

3.1.3 Realização de exames complementares de diagnóstico e tratamento

Ao longo do episódio de urgência, a criança poderá ter de realizar exames complementares de diagnóstico, consoante avaliação médica. Assim, o médico assistente deverá solicitar o exame adequado (ex. tomografia axial computadorizada, ecografia, entre outros), a nível informático.

Para realização de raio-x, o utente/ família deverá deslocar-se ao SUC e regressar ao SUP imediatamente após a realização do exame, uma vez que a obtenção e visualização de resultados é imediata através do sistema informático. No caso de necessitar de observação por outra especialidade (ex. ortopedia), e tendo indicação para o fazer, deverá deslocar-se à urgência correspondente à especialidade necessária após realização do exame.

No caso de ser necessária a realização de raio-x intransportável, o pedido deverá ser feito pela equipa médica em sistema informático, e solicitada telefonicamente a deslocação do técnico ao SUP, que realizará o exame com o aparelho de raio-x intransportável; o mesmo encontra-se à entrada do SUP, junto da sala de triagem.

Para realização de tomografia axial computadorizada (TAC) ou de ressonância magnética (RMN), o pedido é feito pelo médico do SUP ou das especialidades, sendo que o utente deverá aguardar a chamada para realização do exame na sala de espera ou na sala indicada pelo médico/Enfermeiro, uma vez que a gestão dos utentes para este exame é realizada pelo serviço de imagiologia.

De notar que a requisição da RMN deverá ser acompanhada de consentimento informado devidamente preenchido e assinado.

No que se refere à requisição da ecografia, o sistema é o mesmo; sendo que o médico faz o pedido informático e o utente/família irá aguardar na sala de espera ou sala indicada pelo médico/Enfermeiro pela chamada para o exame. Quando o serviço de

Imagiologia tiver uma vaga para realização do exame, contactará o SUP para que o utente se desloque, na companhia da AO, a fim de realizar o respetivo exame.

Consoante a sua faixa etária e situação clínica poderá ser necessário a administração de sedativo (ex. hidrato de cloral) para a realização adequado de determinados exames, como a TAC ou RMN. Neste caso, o médico deverá prescrever a medicação e dosagem adequadas, sendo que esta só deverá ser administrada quando o serviço de imagiologia estiver disponível para a realização do exame na criança, contacto este que efetua telefonicamente. De seguida, o Enfermeiro deverá garantir que a criança adormece e só depois permitir a sua deslocação para a realização do exame, acompanhado da AO. Em caso excepcional, a criança poderá ser transportada ao colo dos pais de forma a minimizar o seu estímulo e evitar que esta acorde.

Quando o exame estiver terminado, o serviço de imagiologia contactará o SUP para que o AO se desloque ao mesmo para que o utente regresse ao serviço. Os resultados do exame e respetivo relatório ficarão disponíveis em sistema informático.

No caso de ser necessária a realização de broncofibroscopia, esta será efetuada no serviço de pneumologia de adultos ou na unidade de técnicas de pediatria, consoante decisão médica. Consoante a situação clínica da criança, o transporte para o local do exame será acompanhado pelos membros da equipa de urgência necessários para garantir a segurança da criança, discutido previamente. O recobro da criança será efetuado no SOPed ou na UCIPed, consoante a sua situação clínica após a realização do exame.

Poderá também ser necessário realizar endoscopia digestiva alta de urgência. Nestes casos, a equipa de Enfermagem da Unidade de Técnicas assegurará a realização do exame no período das 16h-22h. Assim, o chefe de equipa médica do SUP contactará o médico que irá realizar a endoscopia e que se encontra de prevenção, cujo nome se encontra em escala afixada no gabinete médico. Compete ao médico da especialidade contactar o Enfermeiro, que se encontra também de prevenção, após avaliação da situação. Após a realização da endoscopia, o Enfermeiro deverá acompanhar a criança ao SOPed, ou encaminhá-la com AO, após avaliação da situação. Deverá também contactar a assistente operacional do serviço para efetuar a limpeza da sala.

No transporte para a realização do exame deverão ser garantidas todas as regras de segurança, pelo que deverá ser previamente avaliado e discutido quem deverá

acompanhar a criança ao exame (Enfermeiro, médico, AO). Quando estável, o utente deverá ser acompanhado pela AO.

3.1.4 Transporte para o bloco operatório

Sempre que necessário e após observação pela especialidade (cirurgia pediátrica, ORL, oftalmologia, entre outros), existe também a possibilidade da criança ser submetida a cirurgia.

O médico assistente/cirurgião e o Enfermeiro deverão discutir qual o melhor encaminhamento a ser dado ao utente, assim como deverão ser discutidos quais os principais cuidados a ter na fase pré operatória.

Após receber toda a informação médica necessária e efetuar a devida preparação da criança, o Enfermeiro deve certificar-se do bloco operatório (BO) de destino, podendo tratar-se do BO de urgência, central, pediatria, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurocirurgia, entre outros.

3.1.4.1 Preparação pré-operatória

O crescente volume anual de cirurgias fez emergir a necessidade de se acautelar a segurança cirúrgica. A implementação de estratégias simples de monitorização de indicadores chave melhorava significativamente os resultados finais de saúde com a consequente redução de desperdício de recursos.

O quadro de procedimentos estabelecido para os cuidados seguros peri operatórios em hospitais envolve uma sequência de atividades de rotina, cada uma com riscos específicos que podem ser atenuados: avaliação pré-operatória de doentes, preparação da intervenção cirúrgica e planeamento dos cuidados pós-operatórios adequados.

O estímulo à melhor prática clínica pela implementação operacional de estratégias de gestão de risco, deve ser incentivado, como forma de melhorar a qualidade global dos cuidados de saúde e reduzir desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis.

A adesão permite a cada profissional, equipa, serviço, instituição e serviços centrais do Ministério da Saúde, a obtenção de estatísticas cirúrgicas, as quais se revestem de uma

importância fundamental para a melhoria das práticas cirúrgicas e para a segurança do doente (Direcção Geral de Saúde, 2013).

Na fase pré operatória, o Enfermeiro deverá ter cuidados e atenção especiais; assim, é importante providenciar que os exames necessários sejam realizados, tais como análises à urina, de sangue, radiografias, entre outros. A criança deverá ser mantida em dieta zero, de forma a evitar a aspiração de vómito durante a anestesia, sendo que a última refeição deverá ter sido 8 a 12 horas antes da intervenção. Pode haver também a necessidade de hidratar a criança por via endovenosa. É essencial observar as condições da criança, pelo que se surgir algum problema que possa interferir na execução da cirurgia, este deverá ser imediatamente comunicado ao cirurgião responsável, tal como mal-estar, apatia, tosse, febre, entre outros. Sempre que possível a criança deve tomar um banho geral, de preferência com cloro-hexidina a 4%, e ainda, retirar todos os adornos e possíveis próteses, vestir bata ou pijama adequado. A criança deverá ser estimulada para a eliminação vesical e intestinal, e se necessário, recorrer à administração de microclister (Pimentel, s.d.).

Quando prescrita, deverá ser administrada a pré-medicação de acordo com a idade e peso da criança e a hora a indicar pelo bloco operatório (Pimentel, s.d.). O Enfermeiro deverá ainda manter a pausa alimentar, assim como avaliar e registar os sinais vitais, o peso e a estatura da criança. Deverá também confirmar a presença de pulseira de identificação na criança.

A criança deverá ser instalada em meio de transporte adequado à sua idade e situação clínica, com o auxílio da AO. Importante também verificar a estabilidade da criança, garantindo toda a segurança no transporte do mesmo; para tal, é essencial ter cuidados específicos como garantir a estabilidade da via aérea, sua monitorização, disponibilidade de oxigênio e insuflador manual, caso seja necessário. Essencial garantir que todo o material de transporte retorna ao SUP.

O processo clínico deverá ser organizado, com o fim de acompanhar o utente para o BO, e deverá conter o processo clínico do episódio de urgência, exames complementares de diagnóstico realizados, consentimento informado devidamente assinado e etiquetas do utente.

De forma a garantir a continuidade e qualidade dos cuidados, o Enfermeiro deverá acordar o momento do transporte com o colega do BO, através de uma chamada telefónica. O transporte da criança para o BO deverá ser realizado de acordo com as

regras de segurança, garantindo a estabilidade do utente, e poderá ser realizado pela AO, Enfermeiro e sempre que necessário, com o acompanhamento do médico. A equipa que fará o transporte deverá ser discutida e acordada pela equipa presente. Não esquecer de levar a criança para o BO, se possível na companhia dos pais e do seu objeto preferido. Após a cirurgia, a criança poderá ter vários destinos dependendo da sua situação clínica, sendo assim, a criança poderá retornar ao SUP, nomeadamente ao SOPed, poderá ser também internada no serviço de internamento ou na UCIPed.

No caso de o utente regressar ao SOPed, o transporte de regresso deverá decorrer de acordo com todas as regras de segurança e com uma equipa de AO, Enfermeiro e médico.

3.1.5 Transferência do utente pediátrico interserviços

Após avaliação e sempre que necessário, a criança permanecerá internada num dos serviços de internamento do Departamento de Pediatria do Hospital. A atribuição do serviço de internamento será uma decisão médica e deverá ter em conta a patologia da criança, assim como as vagas existentes nos diferentes serviços de internamento.

O médico responsável pela criança deverá conferenciar com o Enfermeiro da sala de tratamentos, manifestando a sua intenção de transferir a criança para o serviço de internamento. De seguida, deverá efetuar um primeiro contacto com o serviço de internamento a fim de efetivar a transferência, acordando os cuidados a ter em conta aquando a transferência da criança. O Enfermeiro responsável pela criança deverá posteriormente entrar em contacto com a equipa de Enfermagem do serviço recetor, a fim de acordar o momento da transferência.

O Enfermeiro deverá completar e terminar os seus registos (terapêutica e tratamento realizados, notas de Enfermagem, entre outros), com o cuidado de imprimir o processo do episódio de urgência, de forma, a garantir a continuidade dos cuidados. Deve também ter o cuidado de organizar todo o processo clínico, garantindo também que se encontra presente toda a informação acerca dos exames complementares de diagnóstico realizados. Caso possua, o Enfermeiro deve também certificar-se que transfere medicação mais específica (ex. pomadas, colírios, terapêutica manipulada) e a dieta respetiva da criança (ex. leite materno); certificando-se também que a criança/família leva todos os seus pertences consigo. O Enfermeiro ou AO deverá confirmar que o

cacifo atribuído à criança/família fica totalmente vazio aquando a sua transferência, assim como a respetiva chave volta a ser entregue ao Enfermeiro/AO.

Quando a criança e respetivo processo estiverem devidamente preparados, a criança deverá ser instalada em meio de transporte adequado à sua idade e situação clínica (ex. maca, cadeira de rodas, berço, entre outros), comunicando-o ao AO. A criança deverá ser transportada garantindo todas as condições de segurança, pelo que nunca deverá ser transportada ao colo da mãe.

Também existe a possibilidade do utente pediátrico ser transferido de um serviço de internamento, bloco operatório ou unidade de técnicas de pediatria para o SOPed, a fim de reforçar a vigilância necessária, em caso de instabilidade, ou para efetuar recobro, após ter sido submetido a cirurgia, anestesia geral ou tratamento invasivo. Neste caso, o processo clínico do utente será realizado em suporte de papel.

3.1.5.1 Transferência interhospitalar

Os pedidos de transporte inter-hospitalar aplicam-se às situações de transferência entre Hospitais, sendo este pedido feito pelo médico em requisição própria, devidamente preenchida com o maior número de dados e necessidades verificadas. Este pedido deverá ser entregue ao administrativo que encaminhará devidamente a requisição.

Excecionalmente poderá ser realizado o transporte da criança para o domicílio. Este pedido será realizado, geralmente, pelo ortopedista, na impossibilidade de ir sentado ou em situações de cariz social. Neste caso, deverá ser contactado o Assistente Social, obtendo uma autorização da mesma.

No caso de o utente vir transferido de outro Hospital, deverá regressar ao mesmo através de um pedido de retorno, cujo transporte será assegurado pelo Hospital de origem.

No momento da transferência é importante assegurar que toda a informação clínica acompanhe o utente/família, assim como carta de transferência, resultados de análises e de exames complementares de diagnóstico realizados; entregando o processo clínico ao familiar ou ao profissional responsável pelo transporte.

3.1.6 Alta hospitalar

A alta clínica no SUP pode ter diversos contornos, podendo ser por abandono, por internamento, encaminhamento para diferentes consultas e ainda alta para o domicílio, transferência hospitalar ou óbito.

No caso da criança estar internada no SOPed, a sua alta clínica deverá ser avaliada e discutida pela equipa de Enfermagem e médica. No momento da alta é importante que o Enfermeiro se certifique que todos os cuidados foram prestados para que a criança possa ir para casa da forma mais segura possível. É importante confirmar que a carta de transferência, assim como os resultados dos exames são entregues aos familiares, reforçando os ensinamentos necessários à alta.

De seguida deverá cumprir todos os aspetos burocráticos inerentes ao processo de alta, terminando os registos necessários e fechando o processo clínico da criança tanto a nível informático, como no livro de internamento.

No caso de uma situação de óbito, existem certos cuidados e aspetos burocráticos a ter em conta.

3.2 Sistema Informático

O ALERT® é um sistema informático que se destina ao registo em tempo real de informação clínica, utilizando ecrãs *touch-screen*, em ambiente de prestação de cuidados de saúde, no presente caso, no SUP. Este sistema apresenta um interface de utilizador orientado para a utilização direta do dedo sobre o ecrã *touch screen technology*, com um perfil de utilizador para cada tipo de profissional de saúde, distinguindo os seus privilégios de acesso à informação clínica e disponibilizando ambientes de trabalho adequados à realização de tarefas de cada tipo de profissional de saúde. Assim, o ALERT® envolve todos os profissionais de saúde por associação relacional de tarefas, identificando o utente e o profissional de saúde inequivocamente; o primeiro por meio de foto e código de barras, o segundo por foto e impressão digital (ALERT Life Sciences Computing, SA, 2015).

Este *software* inclui também um sistema de alertas que apresentam uma lista de tarefas por realizar ou de eventos que necessitem de intervenção de determinado utilizador, minorando tempos de espera e permitindo a vigilância de todos os utentes.

Assim, o ALERT ® possibilita, a cada momento, obter uma visão global sobre os utentes em espera ou que se encontram a ser atendidos e os meios de diagnóstico utilizados (Ministério da Saúde, 2007).

Ao longo do episódio de urgência, é importante que o profissional de saúde atualize todos os registos no sistema informático, garantindo a continuidade dos cuidados, assim como deve ter atenção em alocar o utente nas respetivas salas onde o utente se deverá dirigir (ex. sala de tratamentos).

Em caso de ser necessária a realização de exames complementares de diagnóstico, esta requisição será efetuada no sistema informático, sendo que o profissional de saúde deverá desviar o utente para o serviço de imagiologia, ou no caso de requerer observação por alguma especialidade, alocá-lo ao serviço pretendido.

No momento da alta clínica, é igualmente importante que o profissional de saúde concretize também a alta no sistema informático.

3.3 Confidencialidade dos dados/ tratamento e circulação de dados pessoais

Numa época em que a informação se assume como um ganho de matéria-prima e recurso estratégico, é fundamental que o profissional de saúde desperte para as várias questões e problemas que a mesma suscita, sendo que o profissional desempenha um papel ativo e único neste processo de comunicação.

A mobilidade de pessoas e bens, assim como a troca rápida de informações na área da saúde é uma necessidade vital. O volume de informação possível armazenado em velhas ou novas tecnologias, a rapidez no acesso e à sua seleção, assim como a facilidade de organização e a sua transmissão em tempo real, é hoje em dia uma evidência. Contudo, é importante não esquecer valores princípios e direitos, valorizando o Homem na sua dignidade e identidade, não o tornando apenas num 'objeto de informações' (Gomes, 2002).

A privacidade, confidencialidade e proteção dos dados de saúde é um direito do utente, assim como deve ser uma preocupação major nos cuidados do profissional de saúde. A privacidade decorre da proteção que é dada à pessoa no plano Ético e Jurídico, e é o reconhecimento de um estatuto complexo da personalidade física e moral do indivíduo que merece tutela. Desdobra-se em vários direitos, entre os quais o direito à reserva sobre a intimidade da vida privada. A confidencialidade é também um direito que

assiste ao indivíduo de ver garantida a sua privacidade, aspetos essenciais da sua vida íntima, assumindo especial relevância os aspetos relacionados com a saúde. É na cedência e partilha de informação que assume relevância o direito à privacidade e o correlativo dever do segredo. Por sua vez, os dados pessoais são relativos à condição física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social; abarcando dados de saúde, genéticos e vida sexual. A proteção dos dados pessoais advém do cumprimento do segredo profissional como obrigação deontológica, dos procedimentos decorrentes das disposições legais em vigor.

Cedo o Direito se deparou com a necessidade de regular a troca de informação, pelo que existem diversas fontes legais, internacionais e nacionais, a ter em conta relativamente à confidencialidade e ao segredo profissional, sendo:

- Declaração Universal dos Direitos do Homem;
- Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem;
- Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança;
- Convenção Europeia dos Direitos do Homem;
- Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina;
- Constituição da República Portuguesa;
- Princípio da Dignidade da Pessoa Humana;
- Lei das Bases da Saúde;
- Regime Jurídico aplicável a realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano;
- Regime Jurídico da colheita e transporte de órgãos e tecidos;
- Lei sobre a procriação médica assistida;
- Lei que regula a educação sexual e acesso ao planeamento familiar;
- Código Penal;
- Código Civil;
- Direito do trabalho;
- Cartas dos Direitos e Deveres dos Doentes;
- Carta dos Direitos do Doente Internado;
- Carta da Criança Hospitalizada;
- Normas Deontológicas;
- Código Deontológico dos Médicos;
- Código Deontológico dos Enfermeiros;

- Estatuto Hospitalar aprovado em Decreto n.º48357, de 27 de Abril de 1968, Art.º 57º;
 - Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro, Art.º 7, n.º4 (Lei de Proteção dos Dados Pessoais);
 - Lei sobre informação genética pessoal e informação de saúde (Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro);
 - Lei de acesso aos documentos da administração (Lei n.º 46/2007 de 24 de Agosto).
- Aliado à informática, o direito à privacidade é suscetível de maiores ameaças, dado o infinito volume de informação possível de ser armazenada, a facilidade de transmissão de informação, da sua seleção e relacionamento. Tendo em conta este facto, a Constituição da República Portuguesa consagrou o direito à autodeterminação informacional, exigindo a retificação do direito de acesso aos dados pessoais, através do direito ao não tratamento informático de certos tipos de dados, como sejam os relativos a convicções políticas ou filosóficas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem étnica, tendo sido acrescentados dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, assim como o direito ao sigilo dos seus dados relativamente a terceiros (Gomes, 2002).

No que se refere ao SUP existem certos cuidados a ter relativamente à confidencialidade dos dados. No que se refere ao sistema informático, este encontra-se protegido por palavra passe, sendo que apenas os profissionais de saúde têm acesso ao mesmo.

Relativamente, ao processo clínico impresso também deverá de ser resguardado, pelo que deve ser colocado em envelope próprio, devidamente identificado. Aquando o transporte da criança para outro serviço, o envelope deve ser colocado em mala de transporte própria, a fim de resguardar todos os dados do paciente. É igualmente importante nunca perder de vista o envelope/mala de transporte garantindo que os dados se encontram sempre protegidos, a fim de não serem consultados por pessoas externas à situação clínica do utente.

3.4 – Comunicação com a família

Neste processo de saúde/doença, a participação ativa dos pais nos cuidados físicos e emocionais dos filhos é essencial, aliviando o sentimento de culpa e estimulando o papel parental, levando a uma diminuição da ansiedade. Também para a organização do trabalho da Enfermagem o apoio da família é imprescindível; aceitá-los e orientá-los

torna-se essencial para que a participação destas pessoas nos cuidados à criança seja uma realidade dentro dos CCF (Jorge, 2004).

Neste sentido, a transmissão de informação e suporte em todas as intervenções deve estar sempre presente, sendo a comunicação uma pedra angular nos CCF (O'Malley, Brown, & Krug, 2008). Para minorar os efeitos negativos do processo de doença é importante que o Enfermeiro saiba escutar e colocar as questões certas, funcionando como elemento chave da intervenção terapêutica (Jorge, 2004).

Assim, a comunicação é a base da relação terapêutica, essencial para as respostas às necessidades da dinâmica familiar. Despende tempo para construir um relacionamento e compreensão com a criança/família desenvolve um sentimento de confiança e aperfeiçoamento da comunicação que irá melhorar os resultados e a satisfação do paciente (Levetown, 2008).

As competências comunicacionais do Enfermeiro são uma componente importante dos CCF. O Enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar e cuidador da criança/família é um elo essencial para o processo de comunicação (Gough, Johnson, Waldron, Tyler, & Donath, 2009).

É importante que os pais estejam devidamente informados acerca de toda a situação clínica do seu filho ao longo de toda a sua estadia no SUP; desta forma, a intenção de internamento deverá ser previamente comunicada aos pais, esclarecendo quaisquer dúvidas existentes quer da parte de Enfermagem, como da parte médica. No caso da criança submetida a intervenção cirúrgica, é importante explicar previamente o procedimento que irá ser realizado, assim como não deverão ser esquecidos enquanto a criança permanece no BO, informando-os na medida do possível de como decorre a intervenção.

3.4.1 – Guia de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao SUP

Apresenta-se em anexo o Guia de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao SUP (Apêndice I).

3.4.2 – Acompanhamento

A prática de Enfermagem pediátrica tem enfatizado, cada vez mais, a participação dos pais nos cuidados da criança doente, tendo em conta os seus efeitos positivos na hospitalização, tanto para a criança como para os pais. Ao ser cuidada pelos pais, os efeitos adversos da hospitalização, tais como a ansiedade e o *stress*, serão minimizados (Jorge, 2004); a participação dos pais tornou-se um elemento fundamental na prestação de cuidados de qualidade, vista como uma peça chave na Enfermagem pediátrica.

Os pais das crianças hospitalizadas manifestam, muitas vezes sentimentos de medo, ansiedade e frustração, que se encontram frequentemente relacionados com o desconhecimento de normas e rotinas do serviço, aliados a falta de informação acerca de procedimentos e tratamentos (Hockenberry, Wilson, & Winkelstein, 2006). Ao dar aos pais informações acerca do que poderá esperar da instituição e do serviço, assim como o que poderá acontecer durante o internamento, irá minimizar o sentimento negativo dos pais.

A importância do acompanhamento das crianças doentes pelos seus pais, assim como a sua participação ativa nos cuidados prestados é também evidenciada na Carta da Criança Hospitalizada, preparada por várias associações europeias de apoio à criança (Cardoso, 2010).

Existe, muitas vezes, a necessidade de um reajuste de papéis e de estrutura familiar perante a hospitalização da criança, com problemas a resolver e estratégias de *coping* a utilizar quer numa situação de doença aguda ou crónica. No que se refere às doenças agudas, as mudanças comportamentais e afetivas requerem dos pais uma rápida mobilização de competências perante a situação de crise (Jorge, 2004).

Quando se encontram bem preparados, os pais ficam mais calmos e capazes para dar o apoio devido ao seu filho, contrariamente, pais ansiosos fazem aumentar a ansiedade dos seus filhos. Assim, a preparação dos pais para eventos indutores de *stress* é essencial para prevenir processos de indução da ansiedade da criança, através do comportamento dos adultos (Glasper & Haggarty, 2006). Desta forma, os pais podem ser um recurso indispensável aos Enfermeiros pediátricos para estabelecer uma relação positiva com a criança.

Considerando o direito do utente às visitas dos seus familiares e amigos, estabelecido na legislação vigente, o seu acompanhamento assume um papel destacado no seu apoio

psicossocial, sendo que deve ser exercitado com respeito pela privacidade dos outros utentes e pelas regras relativas ao normal funcionamento dos serviços.

Aquando a sua permanência no SUP a criança poderá estar sempre acompanhada de uma pessoa significativa, consoante legislação e conforme as regras estabelecidas pelo serviço. Quando o utente pediátrico se encontra acompanhado por mais do que um familiar ou pessoa significativa, estes devem aguardar na sala de espera 2.

Durante o seu episódio de urgência é importante que a criança se encontre preferencialmente acompanhada sempre pela mesma pessoa, de forma a garantir continuidade dos cuidados e a correta transmissão de toda a informação.

No caso da realização de exames complementares de diagnóstico, a criança poderá ser acompanhada pelos pais e pelo AO, se estável. No caso de se encontrar instável, a criança deverá ser acompanhada pelo AO, Enfermeiro e médico, consoante avaliação de situação clínica.

Se a criança necessitar de internamento em SOPed, os pais poderão estar em simultâneo junto da mesma, das 8h às 23h, sendo que durante a noite apenas poderá permanecer um dos pais. No caso de um dos pais não poder estar presente durante o internamento, deverá comunicar ao Enfermeiro responsável pelo SO a sua ausência e quem virá para sua substituição.

4 – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

4.1 – Organização dos Cuidados

O método de distribuição de trabalho utilizado na SOPed é o individual, que consiste na atribuição de um determinado número de utentes por Enfermeiro, aos quais o Enfermeiro deverá prestar todos os cuidados necessários. A utilização desta metodologia não impede que seja promovido o trabalho de equipa, sendo que cada Enfermeiro deve ser conhecedor da situação dos restantes utentes, pelo que todos os Enfermeiros devem assistir à passagem de turno. A divisão dos utentes pelo respetivo Enfermeiro é da responsabilidade do Chefe de Equipa.

4.2 – Terapêutica

O SUP possui dois pontos de armazenamento de medicação, denominado Pyxis ®. Este é um sistema de distribuição automatizada de apoio à gestão descentralizada de medicação, que garante a distribuição precisa de medicação, com características para evitar a administração de medicação errada, assim como alertas ativos para fornecer medidas de segurança adicional para medicamentos de alto risco, aumentando a segurança do profissional e do utente e ainda a eficiência da gestão (Carefusion, 2015). Todas as perfusões/infusões deverão estar identificadas com etiqueta autocolante, identificando o fármaco, a dosagem, hora e data de preparação. Os prolongamentos/sistemas deverão estar identificados com etiqueta autocolante na sua extremidade, próxima da adaptação às rampas de torneiras de 3 vias, especificando o fármaco em perfusão (ex: insulina, morfina, tramal).

Sempre que um doente tenha linha arterial as torneiras existentes no sistema devem ser seladas com adesivo de modo a garantir a não administração de fármacos através das mesmas.

Na sala de trabalho existe suporte bibliográfico referente às compatibilidades medicamentosas, diluições e perfusões de fármacos para esclarecimento de eventuais dúvidas. Situações em que persistam dúvidas podem solicitar a ajuda da Farmácia Hospitalar.

4.3 – Utilização/Manutenção do Carro de Urgência

O carro de urgência deverá manter-se sempre reposto e selado. A reposição é efetuada segundo a lista correspondente ao material/fármacos que o mesmo deverá conter, bem como, composição e localização. Após cada utilização, deverá ser selado com cadeado numerado, rubricado por quem o verifica e assinalado o número do cadeado. Bimensalmente, no dia 15 de cada mês, no turno da Noite deverá ser efetuada uma revisão do carro de urgência de modo a garantir a sua adequada manutenção.

4.4 – Registos de Enfermagem

A elaboração dos registos encontra-se legislada no decreto de lei N.º 437/91 que regulamenta a carreira de Enfermagem, no decreto de lei N.º162/96 que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.P.E.) e no decreto de lei N.º104/98 (Ordem dos Enfermeiros). Tem assim a elaboração dos registos enquadramento legal contemplado na lei portuguesa.

Os registos de Enfermagem têm como principais objetivos:

- Estabelecer um meio de comunicação entre os membros da equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados ao doente;
- Facilitar a coordenação e continuidade na prestação de cuidados;
- Colaborar na avaliação da qualidade e eficiência dos cuidados/tratamentos;
- Fornecer dados úteis para pesquisa, educação e planeamento a curto e a longo prazo;
- Responsabilizar o grupo profissional envolvido no cuidado/tratamento do utente.

4.5 – Competências dos Enfermeiros

No Anexo II e III apresentamos o documento emanado pela Ordem dos Enfermeiros referente às Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem.

PASTA ABERTA

Pela constante atualização dos documentos anexados ao Manual, bem como, pela sua criação permanente, surge a necessidade de incluir no presente manual um capítulo aberto destinado ao arquivo dos mesmos. Consequentemente, serão adicionados novos anexos, não identificados no índice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALERT Life Sciences Computing, SA. (2015). *ALERT Life Sciences Computing, SA*. Obtido em Janeiro de 2015, de http://www.presidencia.pt/archive/doc/ALERT_-_Descricao_Sumaria.pdf
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Carefusion. (2015). Obtido em Janeiro de 2015, de Pyxis MedStation® system: <http://www.carefusion.com/medical-products/medication-management/medication-technologies/pyxis-medstation-system.aspx>
- Centro Hospitalar de Coimbra, EPE. (2015). *Centro Hospitalar de Coimbra, EPE*. Obtido em Janeiro de 2015, de http://www.chc.min-saude.pt/Emergencia/Triagem/?sm=2_2
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. (2015). *Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*. Obtido em 2015, de Missão e Valores: <http://www.chln.pt/>
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. (2015). *Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*. Obtido em Janeiro de 2015, de Associação dos Amigos do HSM: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/component/k2/item/123>
- Cronin, J. G. (2003). The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs* , 11 (2), pp. 121-125.
- Direcção Geral de Saúde. (Fevereiro de 2013). Norma da Direcção Geral de Saúde. *Cirurgia Segura, Salva Vidas* . Lisboa: DGS.
- Glasper, E., & Haggarty, R. (2006). The psychological preparation of children for hospitalisation. In A. Glasper, & J. Richardson, *A textbook of children's and young people's nursing* (pp. Chap. 5, p.61-76). Londres: Elsevier.
- Gomes, M. M. (2002). III Jornadas Nacionais de Administrativos da Saúde Saúde XXI - Formar e Informar. *O Tratamento e a Circulação de Dados Pessoais*. Hospital de São José.
- Gough, J., Johnson, L., Waldron, S., Tyler, P., & Donath, S. (2009). Clinical communication: Innovative education for graduate nurses in paediatrics. (Elsevier, Ed.) *Nurse Education in Practice* (9), pp. 209-214.

Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevir.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.

Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121, pp. e1441-e1460.

Malone, B. (2004). Pursuing patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 13, pp. p.86-87.

Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de Enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgicas de um Hospital Português*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Manole.

Ministério da Saúde. (2007). *Portal da Saúde*. Obtido em Janeiro de 2015, de Urgências evitam papel e optam por sistema ALERT: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/1/alert.htm>

O'Malley, P. J., Brown, K., & Krug, S. E. (July de 2008). Patient and Family Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 122 (2), pp. e511-e521.

Operação Nariz Vermelho. (2015). *Operação Nariz Vermelho*. Obtido em Janeiro de 2015, de Sobre nós: <http://www.narizvermelho.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Do caminho percorrido e das propostas - Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em Abril de 2014, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Pimentel, M. H. (s.d.). *Biblioteca Digital IPV*. Obtido em Janeiro de 2015, de Preparação pré-operatória da Criança e da Família: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2893/1/prepara%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A9-operat%C3%B3ria%20da%20crian%C3%A7a%20e%20da%20fam%C3%ADlia.pdf>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem*.
Loures: Lusociência.

APÊNDICE I – GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE
COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA CRIANÇA/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SUP

		DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Serviço de Urgência de Pediatria	
<i>Guia Orientador de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao SUP</i>			
<i>Elaborado por:</i> <i>Enf.^a Alexandra Sousa – aluna do 5ºMEESIP - ESEL</i> <i>Enf.^a Priscila Carreira – SUPed, CHLN-HSM Janeiro 2015</i>	<i>Revisto por:</i>	Revisão:	<i>Aprovado em:</i> _____/_____ <i>Enf.^ª</i>

INTRODUÇÃO

O presente Guia Orientador de Boas Práticas no Processo de Comunicação Terapêutica com a Criança/Família que recorre ao SUP pretende contribuir para a sistematização das intervenções de Enfermagem a adotar, e fomentar a adequação de estratégias de comunicação durante a permanência da criança/jovem e família nas diversas valências do SUP. Estas linhas orientadoras deverão facilitar a prestação de cuidados de urgência a crianças de todas as faixas etárias e, sempre que necessário, a sua transferência atempada para um serviço pediátrico especializado.

1. FUNDAMENTAÇÃO

A potencialidade da relação enfermeiro-utente, e o modo como esta se desenvolve no processo de cuidados, é essencial na adequação da comunicação terapêutica. A comunicação terapêutica é diferente do normal discurso social, uma vez que, muitas vezes, são discutidos assuntos íntimos e privados, o que inclui também esperança, medos, preocupações, e visa promover o bem-estar e/ou aliviar o sofrimento do utente. Uma comunicação eficaz é a resposta para as necessidades da criança e da família, assim como para toda a sua dinâmica; essencial nos cuidados centrados na família (Levetown, 2008).

A comunicação é um fenómeno social complexo, que deve ter em conta o contexto social e cultural, assim como valores, quadros de referência e padrões, de forma a compreender a mensagem no seu sentido original e enviar um feedback adequado. É também determinada

pelo contexto em que se insere e envolve as relações das pessoas que comunicam, inserido num espaço de normas, regras, modelos e rituais de interação, como é o caso dos serviços de saúde (Pereira, 2008).

A linguagem utilizada nos cuidados de saúde é, muitas vezes, desvalorizada pelo profissional de saúde que frequentemente fornecem informação de forma rotineira, apenas compreendida pelo pessoal com o mesmo nível de conhecimento e educação, não prestando atenção à idade, condição da criança/família ou ao facto de se encontrarem ansiosos e em *stress* por se encontrarem em contexto de urgência (Pereira, 2008).

Na comunicação terapêutica é adotado um comportamento assertivo, que facilita o desenvolvimento de uma relação empática com os utentes, potencializando a relação de cuidados. Ao agir de forma tranquila, o profissional procura satisfazer os objetivos na relação, minimizando a ansiedade, expressando sentimentos de forma honesta e adequada, valorizando os direitos dos intervenientes na relação. A interação social desenvolve-se através da harmonização entre o comportamento verbal e não-verbal, estabelecendo um padrão de linguagem fluente e um contacto visual firme, favorecendo a dinâmica da relação (Pereira, 2008).

A comunicação é um veículo para o estabelecimento de uma relação terapêutica, existindo certos tópicos que a mesma deve contemplar (Riley, 2000):

Escuta – forma de comunicação não-verbal, na qual o enfermeiro comunica o seu interesse pelo utente;

Silêncio – forma de comunicação não-verbal, na qual o enfermeiro comunica ao utente a sua aceitação;

Orientação – o enfermeiro auxilia o utente a saber o que espera dele;

Comentários abertos – permitem ao utente seleccionar os temas mais relevantes, ajudando-o a prosseguir;

Redução de distância – sob a forma de comunicação não-verbal, na qual o enfermeiro procura estar próximo do utente;

Consideração – demonstra a importância do papel do utente na relação;

Recapitulação – o enfermeiro solicita a validação da interpretação da mensagem;

Reflexão – o enfermeiro procura demonstrar a importância das suas próprias ideias, sentimento e interpretações;

Clarificação – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o utente;

Validação consensual – o enfermeiro demonstra o desejo de compreender a comunicação do utente;

Focalização – o profissional de saúde orienta a conversa para o tópico de importância;

Síntese – ajuda o utente a separar o material relevante do irrelevante;

Planificação – reitera o papel do utente na relação.

A comunicação terapêutica é um constante desafio existindo elementos necessários que devem estar sempre presentes na abordagem dos enfermeiros: interagir igualmente com todos os utentes; de forma segura com respeito e dignidade; considerando sempre o seu ponto de vista; contribuindo para a assertividade necessária; considerar o utente com necessidade de cuidados; fazendo-o sentir sempre em segurança. É também importante que o enfermeiro consiga manter sensibilidade para com os outros, de uma forma afetiva, respondendo com carinho e procurando gerar pensamentos e sentimentos positivos no utente. Contudo, é importante que não perca a sua objetividade ou se deixe desgastar emocionalmente.

Riley (2000) defende também que o calor humano une as pessoas, funcionando como catalisador das relações humanas, enriquecendo outros comportamentos facilitadores da comunicação como o respeito, genuidade e empatia, independentemente da cultura, faixa etária, sexo ou etnia. O calor humano pode ser demonstrado através da postura, sorriso, contacto visual direto ou toque, e ainda verbalmente (Pereira, 2008). Trata-se de uma Cultura de Afetos (Diogo, 2015).

Os serviços pediátricos são complexos, uma vez que incorporam utentes de uma larga faixa etária, desde o período neonatal até aos 17 anos de idade. Este é um período que reflete rápidas mudanças biológicas, psicológicas e sociais, tanto em crescimento como em desenvolvimento, e que requer uma equipa de profissionais que compreenda este desenvolvimento, assim como o impacto que o processo de doença e de hospitalização tem na criança e sua família, nas diferentes faixas etárias (Williams, 2012).

A infância é um período marcado pela energia, curiosidade e atividade corporal, intelectual e afetiva, pelo que ficar doente é sentir-se interdito de todas estas capacidades. Os profissionais de saúde têm presente que a doença é um ataque à criança como um todo, afetando a sua integridade assim como o seu desenvolvimento emocional (Neto, 2013). Uma melhoria da comunicação nos serviços de saúde pediátricos irá melhorar a satisfação da criança e sua família. Existem três elementos essenciais comunicação terapêutica entre profissional/criança/família:

- Informação – quantidade e qualidade da informação fornecida pelo profissional;
- Sensibilidade interpessoal – comportamento afetivo que reflete o interesse e a atenção do profissional com as preocupações e sentimentos da criança/família;

- Parceria – estabelecer parceria com os pais e com a criança para que eles verbalizem as suas preocupações, perspectivas e preocupações durante o processo de hospitalização.

Neste processo, os pais apresentam dois tipos de necessidades, sendo a necessidade cognitiva relacionada com a procura de informação e seu entendimento, e a necessidade afetiva, relacionada com a procura emocional de se manter informado e entendido. Enquanto a necessidade cognitiva requer uma resposta a questões, a necessidade afetiva envolve certas atitudes, como demonstrar respeito, preocupação, compaixão, despendendo tempo para reflexão, usando técnicas de comunicação não-verbal como postura, gestos, contacto visual e, ainda, usando o silêncio como uma forma de permitir a formulação de perguntas e descobrir certas respostas (Levetown, 2008).

A hospitalização representa uma forte ameaça à integridade psíquica da criança. Para minimizar as suas consequências causadas é importante que se procure entender as necessidades específicas de cada criança e família, através da escuta e respeito aos seus direitos. Para tal, o profissional tem em especial atenção o respeito pela privacidade e confidencialidade da criança/família. Está ainda em sintonia com os sentimentos da criança, e atento à sua comunicação não-verbal; ouvir a criança falar de sua dor, exige uma identificação não apenas com a dor em si, mas com a própria criança, utilizando linguagem própria, com vocabulário adequado à sua faixa etária (Neto, 2013).

Desta forma, a permanência do acompanhante da criança no hospital permite maior interação entre equipa e os pais, facilitando a obtenção de informações seguras sobre o utente. Possibilita também que a equipa de enfermagem cuide da criança hospitalizada educando os pais na gestão do regime terapêutico após a alta da criança. Ao negociar os cuidados que a criança necessita, os enfermeiros explicam as funções que a família pode exercer, para que se sinta mais segura e colaborante, reforçando a importância do vínculo afetivo na recuperação da criança. (Neto, 2013)

O Serviço de Urgência de Pediatria possui características específicas, requerendo uma necessidade acrescida para comunicar adequadamente com as crianças e família que a ele recorrem. Segundo Williams (2012), existem competências básicas que o profissional que trabalha num serviço de urgência deve possuir tais como: identificação de uma criança gravemente doente ou ferida, capacidade de iniciar o tratamento imediato necessário, trabalhar em equipa, manutenção e reforço das suas próprias competências, comunicar de forma adequada e eficaz com as crianças e seus cuidadores e, ainda, consciência de práticas relacionadas com a salvaguarda das crianças.

Contudo, tendo em conta a diversidade e complexidade de situações, não é possível estabelecer um programa de atuação estanque e único. Desta forma, pretende-se que a equipa de saúde identifique, numa perspetiva centrada na família, as necessidades de cada utente, proporcionando cuidados de qualidade num processo de comunicação terapêutica adequado. Pretende-se também que a prestação de cuidados envolva os pais desde o primeiro momento, proporcionando um ambiente facilitador de uma relação que permita o conhecimento das potencialidades e limitações de cada família. Assim, o trabalho em equipa surge como uma estratégia fundamental que permite responder à complexidade do processo de comunicação e principais necessidades da criança/família, através de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar.

2. OBJETIVOS

- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para o processo de comunicação terapêutica nos diferentes contextos do SUP, e na interação com utentes de diferentes faixas etárias;
- Sistematizar as estratégias de comunicação terapêutica em enfermagem no SUP;
- Fomentar o desenvolvimento de estratégias de comunicação com a criança/família durante a permanência da no SUP.

3. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

O SUP deve ser linguística e culturalmente apropriado, pelo que deve proporcionar um ambiente seguro para as crianças e deve assentar nos cuidados centrados na família. A intervenção do enfermeiro é central no que se refere a dar apoio às famílias em todas as fases da hospitalização, assim como é essencial quando é necessário reforçar ou esclarecer a informação fornecida. Um estudo realizado por McCulloch (2004) demonstra que 90% dos utentes consideram o enfermeiro como o contacto mais útil no serviço, considerando o enfermeiro como o pilar para providenciar continuidade dos cuidados e suporte emocional. A intervenção do enfermeiro é multifacetada, incluindo atributos de facilitador, suporte, conselheiro, educador, professor e advogado para a criança/família, assim como é também um membro de uma equipa multiprofissional de prestação de cuidados (Royal College of Nursing, 2013).

É importante não esquecer que a saúde da criança depende da tomada de decisão da sua família. A criança e sua família encontram-se mais satisfeitas e aderem mais aos

procedimentos quando se encontram bem informados e envolvidos na decisão do plano de cuidados. Apesar dos pais/cuidadores quererem estar informados e tomar decisões, é importante perceber previamente qual a relação existente entre pais/criança, assim como as suas crenças, valores e nível de desenvolvimento da criança, e ainda a sua disponibilidade para participar no planeamento dos cuidados.

O profissional deve explicar aos pais que a criança deverá funcionar como um parceiro no cuidar, de forma a aumentar a sua adesão ao tratamento, e a melhorar os resultados em saúde. A qualidade dos cuidados à criança irá aumentar ao reconhecê-la como um indivíduo com necessidades cognitivas e emocionais individuais, que devem ser respeitadas (Levetown, 2008).

Os enfermeiros são a chave para o processo de comunicação terapêutica, pelo que o deverão fazer de uma forma conscienciosa, sensível e informada, possuindo competências e conhecimentos sempre atualizados. Existem certos princípios que o enfermeiro deve ter em conta no processo de comunicação, tais como:

- Abordar todos os intervenientes no processo do cuidar com dignidade e humanidade, entendendo as necessidades individuais, demonstrando sensibilidade e compaixão, providenciando respeito e igualdade nos cuidados.
- Assumir a responsabilidade pela informação que fornece, assim como deve responder pelas suas próprias ações e decisões. Contudo, muitas decisões deverão envolver a criança/família, através de uma escolha informada acerca de cuidados e tratamentos necessários (Royal College of Nursing, 2013).
- Possuir interesse, conhecimento e habilidade nos cuidados prestados, demonstrando-o através da sua formação, experiência clínica e cuidados prestados;
- Conhecer as linhas orientadoras do serviço e do Hospital, assim como as políticas existentes para prestar cuidados de qualidade a crianças de todas as faixas etárias;
- Promover a comunicação entre toda a equipa de saúde, assim como a comunicação com a criança/família, de forma a proporcionar os cuidados mais adequados e de qualidade;
- Ter em conta as respostas da criança/família durante todo o processo de hospitalização, procurando responder a todas as questões/dúvidas, diminuindo o stress/ansiedade existente, promovendo a educação da criança/família no processo de doença e promoção de saúde (American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee and Emergency Nurses Association Pediatric Committee, 2009).

Relativamente ao ambiente, é importante encontrar um local privado, arrumado e confortável para que a conversa seja adequada, garantindo que não haja interrupção (Royal College of Nursing, 2013).

No que se refere ao processo de comunicação propriamente dito, o profissional deve iniciar a interação apresentando-se. Sempre que possível, ao informar a família, o profissional deve procurar um momento calmo, sentando-se junto da criança/família, ajudando-os a relaxar, procurando quebrar as barreiras. Procurar empatia com os pais, sendo cordial e dedicado, mantendo o contato visual, de forma a demonstrar a sua preocupação e envolvimento na situação. Tocar no braço ou segurar na mão da família pode ser vantajoso, se ambos estiverem confortáveis com esse gesto. É essencial explorar o que os familiares já sabem acerca da situação em causa, para que se possa transmitir informação de forma honesta, com sensibilidade.

O profissional deve procurar usar linguagem simples, evitando linguagem técnica; deve procurar ser flexível, compreensível e escutando as principais preocupações da criança/família. Deve também prestar atenção à comunicação não-verbal que indica os sentimentos que a família possui relativamente à informação que lhe foi fornecida. Contudo, os pais não devem ser sobrecarregados de informação, sendo que esta lhe deve ser fornecida faseadamente, procurando proporcionar pequenos trechos de informação, de maneira a mantê-los atualizados.

O profissional de saúde deve estar preparado para todas as respostas possíveis, assim como para grandes períodos de silêncio. No final, é importante confirmar que a criança/família compreendeu a informação, validando-a, reforçando-a e corrigindo-a. Todo o processo de comunicação terapêutica deve ser honesto e ter sempre em mente o principal interesse da criança (Royal College of Nursing, 2013)

No SUP, os pais podem chegar separados dos seus filhos. Se estes estiverem disponíveis através do telefone, é importante entrar em contacto com eles, explicando que o seu filho se encontra gravemente doente. O profissional que falar com os pais deverá sugerir para este se dirigir ao Hospital o mais rapidamente possível, e, se exequível, acompanhado por alguém de sua confiança, alertando-o para a necessidade de vir em segurança e de forma cuidadosa.

Se a criança se encontrar na sala de reanimação quando os pais chegam ao SUP, deve ser dada aos pais uma oportunidade de verem a criança. Contudo, os pais devem ser alertados que não é obrigatório estarem junto da criança se não se sentirem bem com isso. É importante que haja um profissional responsável pela transmissão de informações à família, assim como deverá amenizar a ansiedade e primeiras preocupações dos mesmos. O profissional devesa descrever

o que os pais poderão ver e alertá-los que poderão deixar a sala a qualquer momento, se se sentirem desconfortáveis, assim como serão convidados a abandonar a sala, caso estejam a interferir com o funcionamento da equipa.

A situação de morte da criança é o maior desafio no processo de comunicação terapêutica. Neste caso, os pais deverão ser encaminhados para uma zona/sala privada; é importante que um profissional que cuidou da criança fale com os mesmos, de forma calma. Inicialmente deve averiguar quais as informações que os pais detêm até então. Deve começar por perguntar quando foi a última vez que viram o seu filho e o que é que ele estava a fazer na altura. O profissional deverá explicar os pormenores conhecidos até então acerca do que aconteceu, e tudo o que foi feito na sala de reanimação.

Nesta fase, existem duas opções: notificar imediatamente os pais acerca da morte da criança, explicando que foram feitas todas as tentativas para reanimar a criança e disponibilizando a sala onde a criança se encontra para que os pais a possam ver e despedir-se; a segunda opção consiste na explicação aos pais sobre a gravidade da situação, assim como o risco de vida em que a criança se encontra, e que tudo o que está ao alcance para salvar a criança se encontra a ser feito. De seguida, deve ausentar-se dizendo que irá verificar como se encontram os procedimentos, nunca deixando os pais sozinhos, voltando minutos depois com a notícia do óbito.

Na perspetiva dos pais, segundo Levetown (2008), os atributos mais importantes da comunicação encontram-se na atitude calma e afetiva do profissional, a clareza da sua mensagem, a privacidade da conversa e a sua habilidade para responder às questões colocadas.

4. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

As necessidades de informação da criança dependam da sua faixa etária, contudo, a maioria irá essencialmente preocupar-se com o impacto da doença e dos tratamentos médicos no seu quotidiano e da sua família. Mesmo quando a informação é desfavorável, o silêncio agrava os medos e fantasias da criança.

Embora a maior parte da comunicação verbal seja estabelecida pelos pais, a criança nunca deverá ser excluída do processo de comunicação. Deve ser dada atenção à criança/jovem através de jogos, dirigindo-lhes questões e comentários. No caso das crianças mais velhas, estas devem ser incluídas como participantes ativos.

Em todas as faixas etárias, a comunicação não-verbal é um importante complemento da comunicação verbal, uma vez que as crianças estão permanentemente atentas ao ambiente, atribuindo significados a todos os gestos e movimentos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Podem ser considerados 4 princípios básicos na comunicação com a criança:

Princípio 1: a comunicação com a criança deve ser adaptada à sua faixa etária e deve ser amigável, através de uma linguagem adequada, histórias, músicas e humor, encorajando a interação e o pensamento crítico, usando os resultados desta comunicação de forma sábia e criteriosa.

Princípio 2: a comunicação com a criança deve ser realizada numa perspectiva holística, procurando exemplos positivos das suas relações, considerando os seus próprios direitos e criando 'lugares seguros'.

Princípio 3: a comunicação com a criança deve ser positiva e com fortes bases, através da construção de auto-confiança e competência, usando modelos positivos.

Princípio 4: a comunicação com a criança deve atender às necessidades de todos, mesmo os que se encontram numa situação mais desfavorável, refletindo a dignidade de cada um, celebrando e valorizando todos os tipos de diversidade e garantindo a comunicação livre de estereótipos.

Os direitos da criança incluem os direitos da comunicação, sendo que a criança tem o direito de ser ouvida e tida em conta, assim como possui o direito à liberdade de expressão, de informação e de manter a sua privacidade.

As competências cognitivas, emocionais, físicas e sociais da criança desenvolvem-se ao longo da sua vida. À medida que vão crescendo e amadurecendo, as suas necessidades, capacidades, interesses e desafios também vão mudando. É essencial considerar as crianças no seu estágio de desenvolvimento, com necessidades e competências únicas, que têm a sua própria opinião que deve ser ouvida, com respeito e empatia (Kolucki & Lemish, 2011).

O próprio desenvolvimento da linguagem e pensamento oferece um quadro de referência para comunicar com a criança. Os processos de pensamento progredem do sensorio-motor para a percepção, seguindo para o concreto e finalmente para o abstrato. Ao compreender as características típicas de cada um dos estágios de desenvolvimento, o enfermeiro verá facilitado todo o processo de comunicação (Hockenberry & Wilson, 2014).

ESTRATÉGIAS GERAIS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante;
Falar de uma forma clara, concreta através de palavras simples e frases curtas;
Oferecer possibilidade de escolha quando esta existe;
Ser honesto com a criança;
Facilitar a expressão de medos e preocupações;
Dar oportunidade às crianças mais velhas de comunicarem sem os pais presentes,
Falar com os pais se a criança se apresentar envergonhada;
Usar diferentes técnicas de comunicação.
Desenvolver uma parceria com a criança/família
Estabelecer ou rever as preferências da criança/família para obter informações
Estabelecer ou rever as preferências da criança/família acerca do seu papel na tomada de decisão
Verificar e responder às ideias, preocupações e expectativas da criança/família
Identificar escolhas (incluindo as sugeridas pela criança/família)
Apresentar a informação obtida e dar tempo à criança/família para refletir, tendo em conta o impacto que decisões alternativas possam ter, assim como os seus valores e estilo de vida
Negociar a decisão com a criança/família
Acordar um planeamento e ajustar um seguimento adequado

Baseado em Hockenberry & Wilson (2014) e Levetown (2008)

ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS RECOMENDADOS AQUANDO A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Proporcionar um local adequado e privado para discussão e tomada de decisão
Utilizar linguagem adequada à família
Apresentar a informação numa sequência lógica, estando preparado para repetir a informação, esclarecê-la e responder a questões
Saber reconhecer sinais de medo, ansiedade, angústia e stress
Discutir indicações, riscos, benefícios e possíveis alternativas
Personalizar informação, adaptando-a à criança/família
Evitar momentos surpresa, quando possível
Pedir à criança/família para repetir o que eles compreenderam nas suas próprias palavras, clarificando a informação e o planeamento se necessário

Baseado em Levetown (2008)

ESTRATÉGIAS PARA ENVOLVER A CRIANÇA NO AMBIENTE

Falar com a criança

Falar num ambiente privado

Proporcionar tempo às crianças para se sentir à vontade;

Determinar por quem é que a criança gostaria de estar acompanhada

Iniciar diálogo com um tópico não ameaçador

Desenvolver uma escuta ativa

Prestar atenção à linguagem corporal e ao tom de voz

Usar desenhos, jogos e outros instrumentos criativos que facilitem a comunicação

Desmistificar medos e preocupações

Evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados, contacto visual prolongado ou outro tipo de contacto que possa ser considerado ameaçador;

Comunicar através de um objeto de transição (ex. boneca) antes de questionar a criança diretamente;

Assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança;

Baseado em Hockenberry & Wilson (2014) e Levetown (2008)

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E SUPORTE CENTRADOS NA FAMÍLIA

Comunicar de forma atempada e frequente

Reforçar que a equipa de saúde presta cuidados à criança como um indivíduo

Profissionais de saúde treinados em gestão de conflitos, gestão das emoções e comunicação em saúde

Uso frequente de questões abertas e explicações reflexivas

Comunicar de forma esperançosa, mas honesta e clara, reconhecendo também a incerteza

Discutir os resultados prováveis e os resultados esperados

Uso de termos numéricos quando se descrevem probabilidades, podendo ser usado também desenhos ou modelos

Determinar prazos para melhoria ou para futuros momentos de discussão

Incentivar a presença das famílias nos cuidados, nas reuniões ou nos procedimentos invasivos

Envolver toda a equipa de saúde no processo de comunicação e acesso à informação

Alertar os pais para possíveis mudanças no planeamento ou na condição de saúde

Incentivar os pais a partilhar informação com a família e amigos de forma a envolvê-los

no processo para que obtenham ajuda a compreender as informações e na tomada de decisão.

Baseado em Levetown (2008)

4.1. Estratégias de Comunicação adaptadas à Faixa Etária

4.1.1 Fase da Infância

Os primeiros anos de vida são essenciais para o desenvolvimento humano, pelo que o investimento numa correta comunicação nesta fase estabelece as bases de toda a aprendizagem no futuro. Nesta fase, as principais necessidades comunicacionais da criança passam por saber que são amados e que estão seguros, desenvolver sentimentos positivos acerca deles próprios e de quem os rodeia, ter noção que a variedade de emoções e medos que têm é normal, sentir-se bem com novas aprendizagens e experiências (Kolucki & Lemish, 2011).

Na infância, as crianças são incapazes de usar as palavras, pelo que usam e compreendem essencialmente a comunicação não-verbal. Através de comportamentos e vocalizações não-verbais, as crianças transmitem as suas necessidades e comportamentos que serão interpretados por alguém próximo, que identificará a necessidade da criança, e conseqüentemente, procurará aliviar o desconforto e reduzir a sua tensão. Nesta fase, as crianças acalmam quando são abraçadas, sentindo conforto através do som da voz, ainda que não compreendam o sentido das palavras (Hockenberry & Wilson, 2014).

ESTRATÉGIAS PARA A COMUNICAÇÃO

- Usar linguagem simples, num tom amigável;
- Incentivar um espírito de investigação e desejo de aprender;
- Incentivar a exploração, curiosidade e confiança;
- Adaptar-se a crescente capacidade de atenção da criança;
- Incentivar a brincadeira e a aprendizagem através do brincar;
- Usar repetições, ritmos e canções;
- Usar exemplos do quotidiano, tais como histórias de outras crianças, famílias, animais ou atividades típicas do dia-a-dia;

- Usar jogos imaginativos e de imitação;
- Promover hábitos de vida saudáveis;
- Encorajar atividades como dançar, cantar, entre outras;
- Encorajar a conversa, através de questões diretas;
- Utilizar uma linguagem acessível, livre de estereótipos;
- Incentivar a manifestação das suas próprias opiniões e das suas opções.

Baseado em Kolucki & Lemish (2011)

4.1.2. Fase Pré- Escolar

As crianças com menos de 5 anos de idade são essencialmente egocêntricas. Assim, deve dizer-se o que podem fazer ou como se podem sentir, permitindo que toque e examine instrumentos com os quais irá contatar. Uma vez que não possuem competências de linguagem suficientes para expressar sentimentos e ideias, pode usar uma linguagem não-verbal para comunicar ideias sem palavras, como afastar um objeto indesejável, por exemplo.

As crianças fazem leituras diretas e concretas do que ouvem e vêem, uma vez que são incapazes de abstrair. Assim, deve ser evitado o uso de frases que podem levar a más interpretações como “ter duas caras” ou “picar os dedos”. Nesta fase, as crianças conferem atributos humanos a objetos inanimados e conseqüentemente têm medo que os objetos mordam ou belisquem, pelo que sempre que possível certos objetos deverão ser retirados do seu campo de visão (Hockenberry & Wilson, 2014).

4.1.3. Fase Escolar

Nesta fase, as crianças vão desenvolvendo a sua independência, tornando-se capazes de explorar o mundo à sua volta. Usam uma linguagem mais sofisticada, assimilando uma enorme quantidade de nova informação, adquirindo novas competências em áreas como a literatura, desenvolvendo conhecimentos acerca do mundo e das pessoas. Aos poucos vão-se libertando de uma perspectiva egocêntrica da vida, conseguindo colocar-se no lugar dos que se encontram à sua volta. São curiosos e desenvolvem novas competências sociais. Ao explorar o ambiente de forma mais independente, continuam a ser propensos a acidentes. Podem assumir mais responsabilidade pelo seu

comportamento e gradualmente desenvolvem a sua autoconfiança e independência. Os seus comportamentos, atitudes e visão do mundo são essencialmente influenciados pelo que vêem e ouvem em casa, na escola, na sua comunidade e nos media.

A nível comunicacional, as suas necessidades passam por desenvolver sentimentos positivos acerca delas próprias e das pessoas que as rodeiam, explorar e testar as suas próprias ideias, capacidades e talentos, ser incentivado em usar o seu próprio potencial de uma forma positiva e ainda, sentir que os seus próprios sentimentos e preocupações são entendidos e respeitados (Kolucki & Lemish, 2011).

Nesta fase, as crianças acreditam mais no que sabem do que no que vêem, quando encaram um novo problema; pedem explicações e justificações para tudo e não precisam de verificações posteriores. Assim, demonstram interesse no funcionamento de todos os procedimentos, instrumentos e atividades. Necessitam também de saber o que vai acontecer de seguida e o que, especificamente lhes está a acontecer, sendo que todas as explicações sobre o procedimento devem ser feitas através de frases simples.

Na idade escolar, as crianças têm uma grande preocupação acerca da sua integridade corporal; desta forma são muito sensíveis a qualquer ameaça ou suspeita de dano físico. Os enfermeiros deveriam ajudar estas crianças ouvindo as suas preocupações e implementando atividades que reduzem a ansiedade, proporcionando-lhes segurança.

Nas crianças mais velhas, com um domínio de linguagem adequado e satisfatório, a sua capacidade de pensamento concreto pode facilitar a comunicação e a explicação, uma vez que continuam a precisar de explicações (Hockenberry & Wilson, 2014).

ESTRATÉGIAS PARA A COMUNICAÇÃO

- Contar histórias mais longas e com maior dramatismo, centradas na criança;
- Incentivar a aprendizagem e a realização na escola como uma oportunidade para desenvolver novos interesses, capacidades e talentos;
- Usar estratégias como o humor e desafios;
- Usar problemas interativos e pensamento crítico;
- Usar modelos positivos;

(Kolucki & Lemish, 2011)

4.1.4. Adolescência

A adolescência é caracterizada por uma oscilação entre ser criança e adulto quanto ao pensamento e comportamento (Hockenberry & Wilson, 2014). É considerada uma fase tempestuosa e stressante, na qual os adolescentes têm de lidar ainda com alterações físicas, sociais, emocionais e cognitivas. A procura de identidade também irá influenciar a exploração e expressão dos seus pensamentos e sentimentos. Desta forma, a pressão dos pares exerce um papel central na tomada de decisão e nos comportamentos. Existe uma tendência para confiar mais nos amigos do que na família, o que influenciará a sua identidade, assim como os seus comportamentos (Kolucki & Lemish, 2011).

Contudo, os adolescentes precisam sempre de adultos amigáveis e empáticos que os guiem através de modelos positivos para as melhores opções (Kolucki & Lemish, 2011). Na abordagem aos adolescentes, o estilo, a personalidade e a filosofia de cuidados do cuidador são essenciais. O profissional deve ter uma mente aberta e maturidade, assim como se deve mostrar genuinamente interessado no adolescente como pessoa, e só depois, mostrar-se interessado nos seus problemas e nos seus pais. Deve funcionar como um impulsionador da comunicação familiar, garantindo a confidencialidade, quando questionado acerca de questões pessoais.

Ao trabalhar com adolescentes existem certos aspectos que deverão ser tidos em conta. É essencial que o profissional goste de trabalhar com adolescentes, pelo que se sente aversão neste tipo de trabalho, é importante referenciar este utente para observação por outro colega (Neinstein, 2013). O enfermeiro antecipa a alternância de identidades característica, o que lhes permite ajustar o rumo da interação de forma a identificar as necessidades do momento. Contudo, nunca é garantida a aproximação ou a criação de uma relação de confiança, pelo que são frequentes os encontros colaborantes ou hostis, de raiva, desafiantes e uma variedade de comportamentos e atitudes (Hockenberry & Wilson, 2014).

O adolescente encontra-se, muitas vezes, disposto a discutir as suas preocupações com um adulto que não pertence à família, sendo que vêm com agrado a interação com o enfermeiro sem a presença dos pais. No entanto, rapidamente rejeitam as pessoas que pretendem impor valores, com interesses dissimulados ou que revelam ter pouco respeito pelas suas opiniões ou pensamento (Hockenberry & Wilson, 2014).

A família é uma componente essencial no processo de cuidar e na vida do adolescente. Assim, o profissional deverá ter a preocupação de discutir com os pais as suas principais

preocupações. Os pais deverão ser incluídos no processo de doença, assim como o adolescente, os quais deverão ser incluídos nas decisões e no planeamento deste processo. Desta forma, é igualmente importante que o profissional tenha o cuidado de informar o adolescente e sua família acerca do que vai ocorrendo (Neinstein, 2013).

A abordagem com o adolescente requer alguns cuidados especiais. Inicialmente, é preferível falar com este a sós ou juntamente com os pais, proporcionando a ambas as partes a oportunidade de serem incluídos na entrevista (Hockenberry & Wilson, 2014).

De forma a conquistar a confiança do adolescente e sua família, o profissional deve começar por se apresentar, assim como à família. De seguida é importante que converse um pouco acerca das atividades em que o adolescente se encontra inserido, hobbies ou escola. Deve deixar o adolescente falar acerca de assuntos que se sintam confortáveis, considerando todos os seus comentários. O profissional deve procurar abordar inicialmente os assuntos menos ameaçadores, para assuntos mais difíceis de abordar como a sexualidade ou comportamentos desviantes.

Uma das chaves para o desenvolvimento da comunicação com o adolescente, passa pela escuta activa e atenta, sendo cauteloso ao dar aconselhamento, procurando compreender sempre a perspetiva do jovem, focalizando-se no seu discurso. Deve também demonstrar preocupação e interesse, essencial para estabelecer uma ligação.

É muito comum que o adolescente apresenta uma queixa que não represente a sua maior preocupação, assim como é comum que os pais apresentem uma queixa acerca do adolescente que não é a sua principal preocupação. O enfermeiro deve estar atento a assuntos que são ameaçadores para esta faixa etária e considerá-los também na queixa principal.

É importante ter em conta o nível de desenvolvimento do adolescente, antes de abordar certos assuntos com o mesmo (Neinstein, 2013).

Garantir a confidencialidade é essencial na abordagem ao adolescente; explicando também os limites da confidencialidade, especialmente nas revelações do jovem que não serão partilhadas com os pais, a não ser que indiquem a necessidade de intervenção.

O dilema na abordagem ao adolescente passa pela existência de duas perspetivas - a do adolescente e a dos pais. Porém, proporcionar a ambas as partes a oportunidade de discutir as suas perceções num ambiente aberto e imparcial pode ser terapêutico (Hockenberry & Wilson, 2014).

ESTRATÉGIAS PARA A COMUNICAÇÃO

Construir alicerces

- ✓ Passar tempo com o adolescente;
- ✓ Encorajar a expressão de sentimentos e ideias;
- ✓ Respeitar as suas perspetivas;
- ✓ Tolerar as diferenças;
- ✓ Reforçar aspetos positivos;
- ✓ Respeitar a sua privacidade;
- ✓ Usar um bom exemplo, apresentando comportamentos positivos dos grupos de pares;
- ✓ Apresentar diversos pontos de vista, opiniões e perspetivas;
- ✓ Incentivar a relação com os pais, ao longo do crescimento e da procura da independência;

Comunicar efetivamente

- ✓ Dar atenção exclusiva, demonstrando interesse e outras alternativas;
- ✓ Ouvir, ouvir, ouvir;
- ✓ Ser delicado, ter calma e mente aberta;
- ✓ Procurar não reagir exageradamente;
- ✓ Evitar julgamentos ou críticas;
- ✓ Evitar perguntas de terceiro grau;
- ✓ Escolher assuntos importantes quando se toma uma posição;
- ✓ Depois de tomar uma decisão: pensar em todas as opções e tornar claras as expectativas
- ✓ Abordar assuntos preocupantes nesta faixa etária, tais como sexualidade, violência, discriminação, amizades)
- ✓ Falar com respeito;
- ✓ Usar humor e criatividade.

Baseado em Hockenberry & Wilson (2014) e Kolucki & Lemish (2011)

4.2 Técnicas de Comunicação

Os enfermeiros mobilizam uma grande variedade de técnicas verbais para estimular a comunicação com o utente. Contudo, falar sobre sentimentos é difícil para crianças e

adultos, e a comunicação verbal pode ser mais perturbadora que apoiante, pelo que deve ser feito recurso à utilização de técnicas de comunicação não-verbais.

Brincar é a linguagem universal das crianças e uma das formas mais importantes de comunicação, podendo ser uma técnica efetiva na relação com esta. Através da forma e complexidade do comportamento de brincar, o enfermeiro consegue observar pistas relativamente ao seu desenvolvimento físico, intelectual e social.

Uma das vantagens do brincar terapêutico, passa pelo mínimo de equipamento exigido para o realizar. Enquanto as crianças mais pequenas respondem a atividades que registam nos seus sentidos, tais como as palmadas leves, carícias, ações repetitivas, as crianças mais velhas respondem bem a jogos simples, tais como o jogo da glória. Os enfermeiros passarão a ser vistos como amigos, após um momento de contato de olhares intermitentes. A avaliação inicial de enfermagem pode, em grande parte, ser conseguida através de jogos e simples equipamentos de brincar. Assim, a criança revela também as suas perceções sobre as relações interpessoais com a sua família, amigos e pessoal hospitalar; pode também revelar o cuidado que tem ao observar cada procedimento.

Desta forma, a brincadeira serve como instrumento de avaliação mas também como método de intervenção e avaliação (Hockenberry & Wilson, 2014).

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO CRIATIVA COM CRIANÇAS
Técnicas Verbais
<ul style="list-style-type: none">○ Mensagens do 'Eu' Relatar um sentimento sobre um comportamento em termos de 'eu'○ Técnica da Terceira Pessoa Expressar um sentimento em termos da terceira pessoa ('ele'; 'ela'), dando-lhes a oportunidade de concordar e discordar sem serem defensivos○ Resposta Facilitadora Ouvir cuidadosamente e refletir sobre os sentimentos da criança e conteúdos das afirmações○ Contar Histórias Usar a linguagem da criança para investigar as suas áreas de pensamento, pedindo-lhe para relatar uma história sobre um acontecimento○ Contar Histórias Mutuamente Revelam o pensamento da criança e tentam mudar a sua perceção ao contar de

novo a história, ligeiramente diferente, ajudando-o em áreas problemáticas

- Biblioterapia

Utilizar livros num processo terapêutico de apoio, providenciando a oportunidade de explorar uma situação idêntica à sua

- Sonhos

Pedir à criança para revelar um sonho que, muitas vezes, revelam pensamentos e sentimentos inconscientes e reprimidos

- Questões 'E Se'

Encorajar a criança a explorar situações potenciais e a considerar diferentes opções para solucionar os problemas

- Três Desejos

Questionar as três coisas que mais desejariam

- Jogo de Pontuação

Usar uma escala de pontuação para que a criança avalie um evento ou sentimento

- Jogo de Associação de Palavras

Apresentar palavras-chave, relacionadas com um evento relevante, e peça à criança para lhe repetir a primeira que se lembre

- Completar Frases

Apresentar uma parte da frase e deixar que a criança a complete

- Prós e Contras

Seleccionar um tópico e pedir à criança para relacioná-lo com 'coisas más' e 'coisas boas'

Técnicas Não-Verbais

- Escrever

É considerada uma abordagem de comunicação alternativa para crianças mais velhas

- Desenho

São as projeções do seu 'eu' interior e uma das formas mais valiosas de comunicação

- Magia

Uma das formas para criar empatia, providenciando distração e encorajando a cooperar com as intervenções

- Brincadeira

É a sua linguagem universal e uma forma de comunicar, uma vez que projetam o seu 'eu' através da atividade

Baseado em Hockenberry & Wilson (2014)

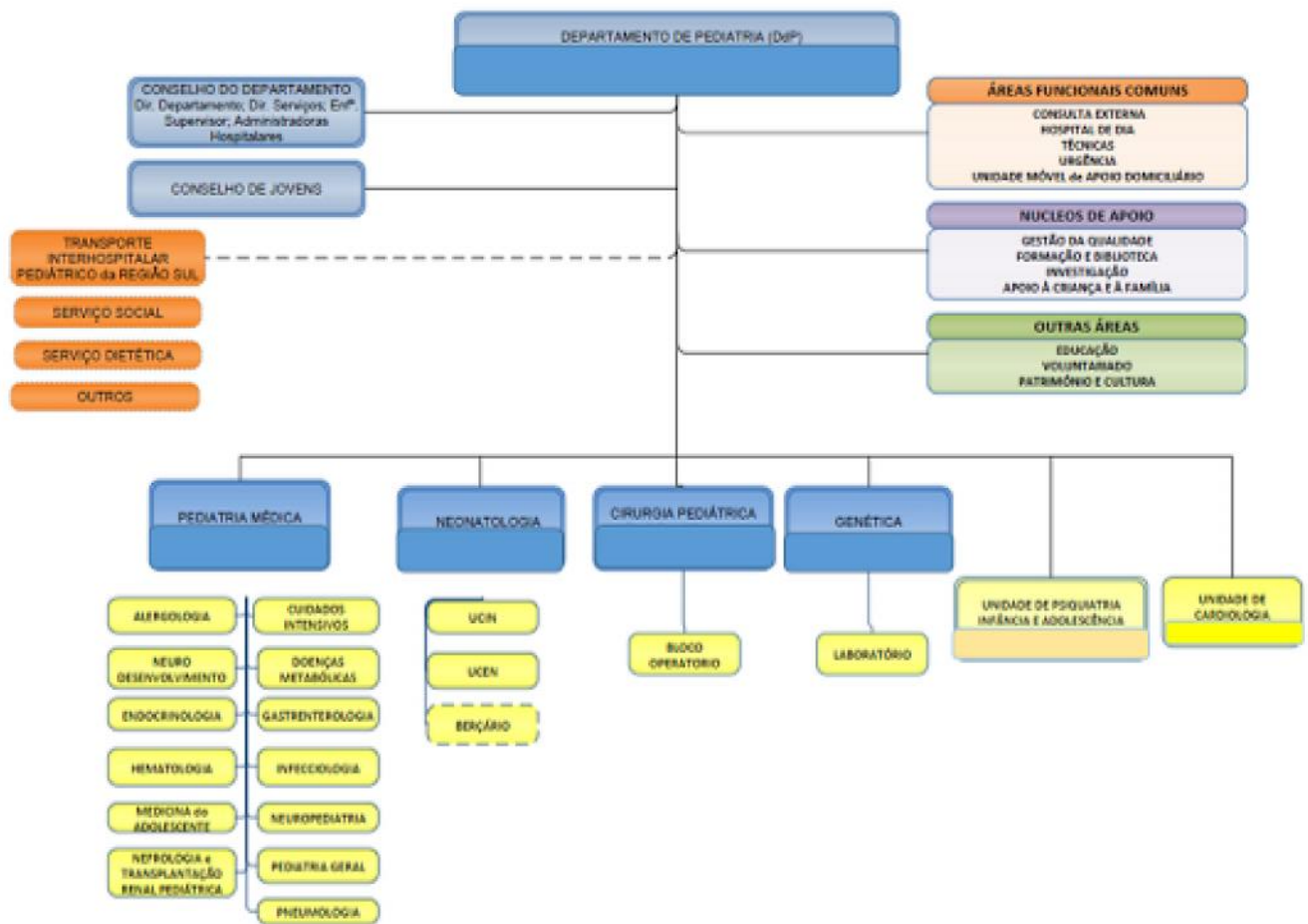
5. AVALIAÇÃO

A avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem à criança/família é essencial na sequência do planeamento e execução das intervenções de enfermagem. Contudo o SUP é um serviço particular, com características específicas, tais como a imprevisibilidade da afluência e tipo de situações encontradas. Desta forma, é importante que sejam registadas as estratégias mobilizadas no âmbito da comunicação com a criança/família no sistema de informação, de forma a garantir uma continuidade de cuidados e um acompanhamento das intervenções realizadas.

Outra forma de avaliação consiste na aplicação de questionários de satisfação aos cuidadores com uma periodicidade previamente definida pelo serviço/instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee and Emergency Nurses Association Pediatric Committee. (2009, Setembro). Joint Policy Statement - Guidelines for Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, pp. 1233-1243.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG Enfermaem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Kolucki, B., & Lemish, D. (2011). *Communicating with Children*. United Nations Children's Fund .
- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121, pp. e1441-e1460.
- McCulloch, P. (2004). The patient's experience of receiving bad news from health care. *Professional Nurse*, 19(5), pp. p. 276 - 280.
- Neinstein, L. S. (2013). *Adolescent Health Curriculum*. Retrieved Janeiro 2015, from Interviewing and communicating with adolescents: https://www.usc.edu/student-affairs/Health_Center/adolhealth/content/a4.html
- Neto, C. d. (2013, Março). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Retrieved from A criança hospitalizada: influências sociais e emocionais decorrentes da doença e da hospitalização: www.eumed.net/rev/cccss/23/crianza-hospitalizada.html
- Pereira, N. d. (2008). *Comunicação de enfermeiro/utente num Serviço de Urgência*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa.
- Riley, J. B. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Royal College of Nursing. (2013). *Royal College of Nursing*. Retrieved from Breaking bad news:supporting parents when they are told of their child's diagnosis: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/545289/004471.pdf
- Williams, C. (2012, Janeiro). A background report on nurse staffing in children's and young people's health care . *Royal College of Nursing*.



ANEXO II REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS

GERAIS

DIVULGAR

**REGULAMENTO DO PERFIL
DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO DE
CUIDADOS GERAIS**



**APROVADO POR UNANIMIDADE
na Assembleia Geral Extraordinária
de 22 de outubro de 2011**

DIVULGAR

REGULAMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS



APROVADO POR UNANIMIDADE
na Assembleia Geral Extraordinária
de 22 de outubro de 2011

Ordem dos Enfermeiros
Agosto de 2012

ÍNDICE

Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

Preâmbulo	05
Artigo 1.º - Objecto.....	07
Artigo 2.º - Finalidades.....	07
Artigo 3.º - Conceitos.....	08
Artigo 4.º - Domínios das Competências.....	08
Artigo 5.º - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	08
Artigo 6.º - Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados.....	09
Artigo 7.º - Domínio do Desenvolvimento Profissional	09

Anexo I - Competências do Enfermeiro de

Cuidados Gerais

A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	11
B - Domínio da prestação e gestão de cuidados	13
C - Domínio do desenvolvimento profissional.....	22

REGULAMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

PREÂMBULO

A formulação do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais resultou de um percurso de construção de consensos, partindo do documento *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*, tendo sido, em 2003, publicado e amplamente divulgado. A apresentação em domínios das 96 competências foi reorganizada, mantendo-se todas as competências definidas e reagrupando-se numa estrutura que visa, principalmente, ser adequada para o processo de certificação.

Tendo em conta que:

(I) o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades;

(II) A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo

(família e comunidade); após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática;

(III) Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, relevam os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos. No seu desempenho, os enfermeiros respeitam os deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão, que enformam a boa prática da Enfermagem.

O presente Regulamento, mantém a numeração original do documento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2003) nos critérios de competência suportando a sua agregação e sistematização nos conceitos de «Domínio de Competência», de «Norma ou descritivo de competência» e «Critérios de Competência» facilitando o processo de acompanhamento, tendo em vista o desenvolvimento e validação das competências com vista à respectiva certificação.

Deste modo, do presente Regulamento faz parte integrante o Anexo I, onde para cada uma das competências, nos vários domínios, se sistematiza o respectivo descritivo e os critérios de competência como instrumento de orientação para a implementação do processo de certificação de competências.

Assim, e nos termos da alínea d) do artigo 30.º, da alínea o) do n.º 1 do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Directivo, ouvidos o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

Artigo 2.º

Finalidades

1. O perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
2. Pela certificação destas competências assegura-se que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º

Conceitos

Para os efeitos do presente Regulamento, entende-se por:

- 1.«Domínio de competência», uma esfera de acção compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;
- 2.«Norma ou descritivo de competência», a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;
- 3.«Critérios de competência», os elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente.

Artigo 4.º

Domínios das Competências

Os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais são a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional.

Artigo 5.º

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- 1.As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são:

- a) Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade;
- b) Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

2. Cada uma das competências previstas no número anterior é apresentada com descritivo e critérios de competência (Anexo I).

Artigo 6.º

Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados

1. As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da prestação e gestão de cuidados são:

- a) Actua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados;
- b) Contribui para a promoção da saúde;
- c) Utiliza o Processo de Enfermagem;
- d) Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes;
- e) Promove um ambiente seguro;
- f) Promove cuidados de saúde interprofissionais;
- g) Delega e supervisiona tarefas.

2. Cada uma das competências previstas no número anterior é apresentada com descritivo e critérios de competência (Anexo I).

Artigo 7.º

Domínio do Desenvolvimento Profissional

1. As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio do desenvolvimento profissional são:

- a) Contribui para a valorização profissional;
 - b) Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem;
 - c) Desenvolve processos de formação contínua.
2. Cada uma das competências previstas no número anterior é apresentada com descritivo e critérios de competência (Anexo I).

Aprovado, por unanimidade, pelo Conselho Directivo na reunião de 21 de Setembro de 2011.

A Presidente do Conselho Directivo
Enf.^a Maria Augusta de Sousa

ANEXO I

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS¹

A - DOMÍNIO:

Responsabilidade profissional, ética e legal.

Competência

A1. Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade.

Descritivo

Demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada.

Critérios de competência

- (1) - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.
- (2) - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.
- (3) - Consulta peritos em Enfermagem, quando os cuidados de Enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competên-

¹ Mantém-se a numeração do documento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2003) nos critérios de competência.

cia actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.

(4) - Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

Competência

A2. Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

Descritivo

Demonstra uma prática assente na Deontologia profissional e nos referenciais legais; analisa e interpreta em situação específica de prestação de cuidados gerais.

Critérios de competência

(5) - Exerce de acordo com o Código Deontológico.

(6) - Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.

(7) - Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.

(8) - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.

(9) - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.

(10) - Respeita o direito do cliente à privacidade.

(11) - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde.

- (12) - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.
- (13) - Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.
- (14) - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.
- (15) - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.
- (16) - Presta cuidados culturalmente sensíveis.
- (17) - Pratica de acordo com a legislação aplicável.
- (18) - Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.
- (19) - Reconhece e actua nas situações de infracção ou violação da Lei e/ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de Enfermagem.

B - DOMÍNIO:

Prestação e gestão de cuidados.

B1. Actua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados.

Descritivo

O enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas

adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências.

Crítérios de competência

(20) - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem.

(21) - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.

(22) - Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na Enfermagem e nos cuidados de saúde.

(23) - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.

(24) - Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.

(25) - Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados.

(26) - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.

(27) - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.

(28) - Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.

(29) - Apresenta a informação de forma clara e sucinta.

(30) - Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus sig-

nificados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.

(31) - Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.

Competência

B2. Contribui para a promoção da saúde.

Descritivo

O enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de acção atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projecto de saúde.

Crítérios de competência

(32) - Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.

(33) - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.

(34) - Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.

(35) - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.

(36) - Aplica conhecimentos sobre recursos

existentes para a promoção e educação para a saúde.

(37) - Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.

(38) - Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.

(39) - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.

(40) - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.

(41) - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem.

(42) - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.

(43) - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

Competência

B3. Utiliza o Processo de Enfermagem.

Descritivo

O enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objectivos e um plano de cuidados fundamentado no e para o qual as-

sume a parceria efectiva do cliente/cuidadores. Cria momentos de avaliação em todo o processo e procede às respectivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos cuidados.

Crítérios de competência

(44) - Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de Enfermagem.

(45) - Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.

(46) - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(47) - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.

(48) - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.

(49) - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(50) - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revisitos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(51) - Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(52) - Documenta o processo de cuidados.

(53) - Implementa os cuidados de Enfermagem

planeados para atingir resultados esperados.

(54) - Pratica Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.

(55) - Documenta a implementação das intervenções.

(56) - Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.

(57) - Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.

(58) - Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.

(59) - Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.

(60) - Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados.

Competência

B4. Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes.

Descritivo

O enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

Critérios de competência

(61) - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através

da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

(62) - Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.

(63) - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.

(64)- Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.

(65)- Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.

(66)- Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.

(67)- Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

Competência

B5. Promove um ambiente seguro.

Descritivo

O enfermeiro focaliza a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, procurando conhecer com acuidade o seu campo de acção, utilizando estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.

Critérios de competência

(68) - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.

(69) - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.

(70) - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.

(71) - Implementa procedimentos de controlo de infeção.

(72) - Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.

Competência

B6. Promove cuidados de saúde interprofissionais.

Descritivo

O enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática.

Critérios de competência

(73) - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.

(74) - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.

(75) - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de co-

laboração.

(76) - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.

(77) - Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.

(78) - Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.

(79) - Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

Competência

B7. Delega e supervisiona tarefas.

Descritivo

O enfermeiro avalia a necessidade e o tipo de cuidados a prestar ao cliente, e na priorização dos mesmos, assume a delegação de tarefas e a respectiva supervisão a pessoal funcionalmente dependente de si, mantendo total responsabilidade pelos cuidados prestados.

Critérios de competência

(80) - Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.

(81) - Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.

(82) - Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.

C - DOMÍNIO:

Desenvolvimento Profissional.

Competência

C1. Contribui para a valorização profissional.

Descritivo

O enfermeiro assume o seu papel imprescindível nos cuidados de saúde aos cidadãos, criando e dando visibilidade ao seu espaço no trabalho pluriprofissional, assumindo a liderança dos processos sempre que for o profissional melhor colocado para tal.

Critérios de competência

- (83) - Promove e mantém a imagem profissional da Enfermagem.
- (84) - Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.
- (85) - Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem.
- (86) - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados.
- (87) - Actua como um modelo efectivo.
- (88) - Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de Enfermagem e dos cuidados de saúde.

Competência

C2. Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Descritivo

O enfermeiro participa em programas de melhoria da qualidade, actuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas.

Critérios de competência

(89) - Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade de Enfermagem.

(90) - Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

Competência

C3. Desenvolve processos de formação contínua.

Descritivo

O enfermeiro adopta uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas.

Critérios de competência

(91) - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.

(92) - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e

aperfeiçoamento das competências.

(93) - Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.

(94) - Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.

(95) - Actua como um mentor/tutor eficaz.

(96) - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.



www.ordemenfermeiros.pt

Av. Almirante Gago Coutinho, 75
1700-028 Lisboa

Tel. 218 455 230 Fax 218 455 259
mail@ordemenfermeiros.pt





REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

**APROVADO POR MAIORIA EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em 18/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010



REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

Preâmbulo

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

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

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

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

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



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA

Artigo 1.º **Objecto**

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

Artigo 2.º **Âmbito e Finalidade**

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

Artigo 3.º **Conceitos**

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

Artigo 4.º **Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

1. As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são as seguintes:
 - a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
 - b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
 - c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

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

A Presidente da Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf^a Maria Amélia Monteiro



ANEXO I

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

Descritivo:

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

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



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

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

Descritivo:

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

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



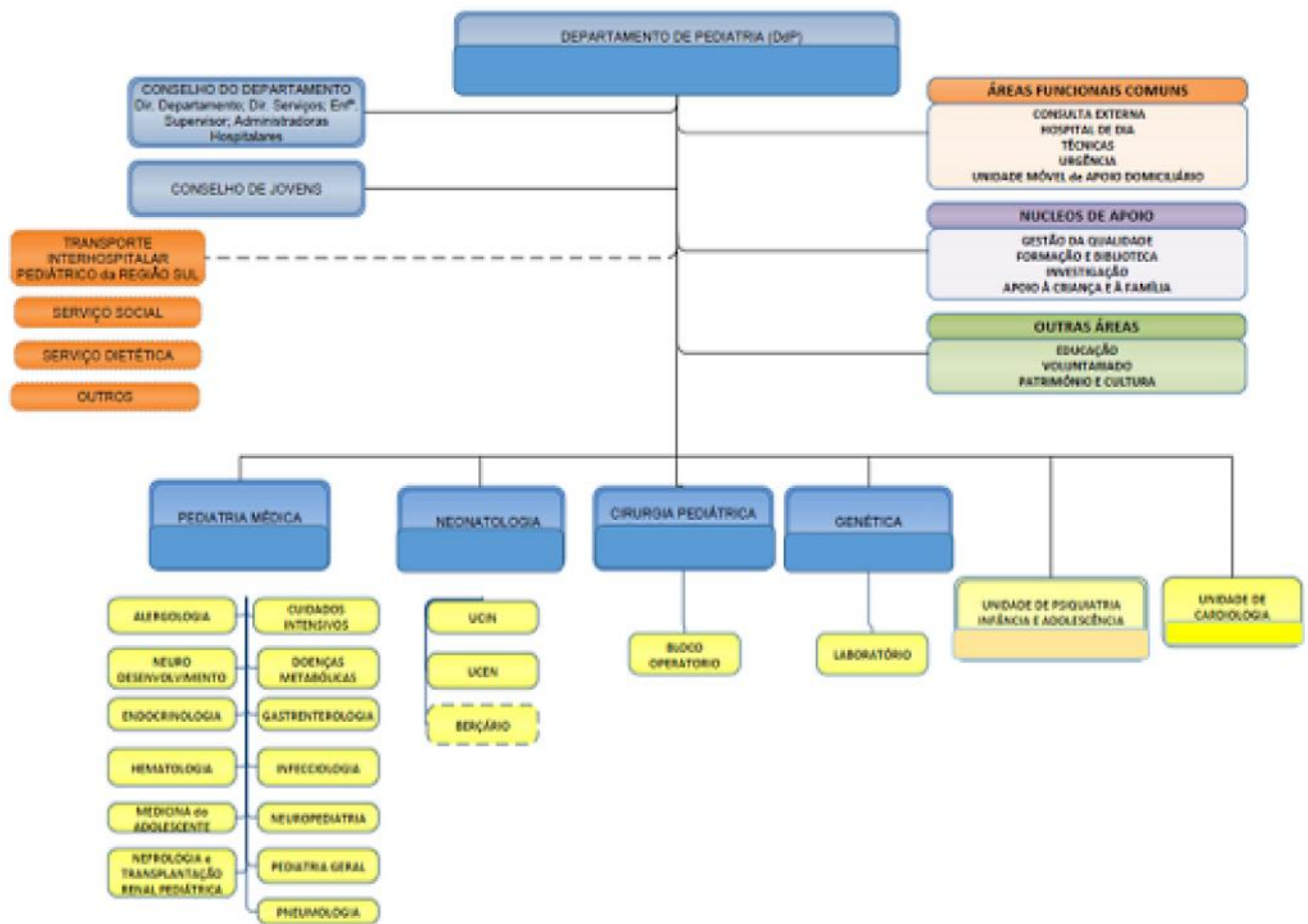
REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

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

Descritivo:

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

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



**ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO INOVAR PARA
MELHOR CUIDAR: NOVOS DESAFIOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

Seminário

Inovar para

melhor cuidar

CERTIFICADO



Certifica-se que

esteve presente no Seminário "Inovar para melhor cuidar: Novos desafios em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria", que decorreu nos dias 4 e 5 de novembro de 2014, no Auditório da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa.

Comissão Científica



(Prof.ª Graça Moraes Rocha)

O Presidente do Conselho da
Direção da ESSCVP



(Prof. Doutor Luis Aires de Sousa)

**ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS XXI JORNADAS DE
PEDIATRIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**

XXI JORNADAS DE PEDIATRIA

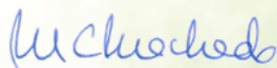
???

INFLAMAÇÃO!!!

CERTIFICADO

Certifica-se que **Alexandra Margarida Salvador e Sousa** participou nas XXI JORNADAS DE PEDIATRIA do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, que decorreram em Lisboa no Edifício Egas Moniz da FML, de 12 a 13 de Fevereiro de 2015.

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2015



Prof. Doutora Maria do Céu Machado
Presidente das XXI Jornadas de Pediatria

