

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

“Pegadas na Atreia”

Intervenção com Mães de Crianças Hospitalizadas

Carla Sofia Gonçalves Ferreira

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Orientador: Prof. João Durão

ÉVORA, Fevereiro, 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

“Pegadas na Areia”

Intervenção com Mães de Crianças Hospitalizadas

Carla Sofia Gonçalves Ferreira

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria**

Orientador: Prof. João Durão

ÉVORA, Fevereiro, 2011

*Cada um que passa na nossa vida passa sozinho...
Porque cada pessoa é única para nós, e nenhuma substitui a outra.
Cada um que passa na nossa vida passa sozinho, mas não vai só...
Leva um pouco de nós mesmos e deixa-nos um pouco de si mesmos.*

*Há os que levam muito, mas não há os que não levam nada.
Há os que deixam muito, mas não há os que não deixam nada.*

Esta é a mais bela realidade da vida...

*A prova tremenda de que cada um é importante e que,
ninguém se aproxima do outro por acaso.*

Saint - Exupéry

Agradecimentos

A concretização deste trabalho resultou do esforço pessoal mas, também da colaboração e apoio de muitas pessoas que nele participaram directa e indirectamente. A todos manifesto o meu reconhecimento e a minha gratidão.

Ao Professor João Durão, pela honra que me concedeu ao aceitar orientar este relatório, pela disponibilidade, pela confiança e pelos ensinamentos durante todo o percurso, nomeadamente a orientação científica e a valiosa revisão crítica.

Às mães que colaboraram na colheita de dados apesar das preocupações inerentes à hospitalização dos filhos.

À Equipa do Serviço de Pediatria pelo empenho e contributo dado ao estudo.

À Ana, à Fernanda e à Márcia pela ajuda, pelo encorajamento e incentivo demonstrados.

Aos meus pais pela vida, incentivo e apoio incondicional.

Ao Miguel, pelas horas não dedicadas e suas por direito.

Ao Zé pelo apoio e força...

RESUMO

O presente trabalho teve como objectivo implementar intervenções de ajuda/apoio emocional a 47 mães que acompanhavam os seus filhos hospitalizados, durante um período de dezassete meses (Janeiro 2009/Maio 2010).

As mães foram referenciadas pela equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria, após detecção de alterações do seu estado emocional, nomeadamente a nível da ansiedade, depressão e *stress*. O apoio emocional prestado às mães, em situação mais ou menos grave, reforçou a adaptação destas no processo de doença e hospitalização do seu filho. As intervenções desenvolvidas foram no sentido de fornecer apoio, atenção, compreensão, suporte, clarificação dos sentimentos e escuta com as mães.

O desenvolvimento desta intervenção permitiu construir uma reflexão sobre aspectos que tornam a presença dos pais inequivocamente essencial no que é hoje a assistência à criança hospitalizada e da necessidade de cuidados às famílias, nomeadamente a nível do apoio emocional.

Palavras-chave: Mães de Crianças Hospitalizadas; Relação de Ajuda; Enfermagem de Ligação.

ABSTRACT

"Footprints in the Sand" - Intervention to mothers of hospitalized children.

This study aimed to help implement interventions / emotional support to 47 mothers who accompanied their children hospitalized for a period of seventeen months (January 2009/May 2010), at de Department of Pediatrics of the Santarem's Hospital.

Mothers were referred to by the nursing staff after detection of changes in their emotional state, particularly at the level of anxiety, depression and stress. The emotional support provided to mothers in a situation more or less serious, reinforced the adaptation of these strengthened in the process of illness and hospitalization of her son. The interventions were developed in order to provide support, care, understanding, support, clarification of feelings and listen with their mothers.

The development of this intervention led to a reflection on aspects that make the presence of parents clearly essential in what is now the care of hospitalized children and the need to care for families, especially at the level of emotional support.

Key words: Mothers of hospitalized children; Helping Relationship; Nursing Liaison.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 - ANÁLISE DO CONTEXTO	14
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	14
1.2 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
2.1 - A CRIANÇA HOSPITALIZADA	21
2.2 - OS PAIS NO HOSPITAL	22
2.3 - REACÇÕES DOS PAIS FACE À HOSPITALIZAÇÃO DAS CRIANÇAS	24
2.4 - CUIDADOS AOS PAIS	27
2.5 - RESPOSTAS HUMANAS DOS PAIS - ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO.....	31
2.6 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO	37
2.7 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	40
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS	41
3.1 - OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	41
3.2 - OBJECTIVOS DO TRABALHO	41
4. DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES	42
4.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	42
5. METODOLOGIAS	45
5.1 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	45
5.2 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	47
5.3 - PROCEDIMENTO	49
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
6.1 - CARACTERÍSTICAS DOS PAIS.....	50
6.2 - CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS	51
6.3 - CARACTERÍSTICAS DA HOSPITALIZAÇÃO	51
6.4 - RESPOSTAS HUMANAS DAS MÃES	51
6.5 - RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS	52

7. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	59
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	64
10. CONCLUSÕES	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	76
Anexo 1 – <i>Escala da Ansiedade, Stress e Depressão (EADS - 21)</i>	77
Anexo 2 – <i>Autorização de colheita de dados no Serviço de Pediatria</i>	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Aquisição de Competências	19
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise das variáveis EADS-21	52
Quadro 2 – Análise comparativa das variáveis por grupos de idade das mães.....	52
Quadro 3 – Análise comparativa das variáveis pelas habilitações literárias das mães	53
Quadro 4 – Análise comparativa das variáveis pelo estado civil das mães.....	54
Quadro 5 – Análise comparativa das variáveis pela residência das mães.....	54
Quadro 6 – Análise comparativa das variáveis pela situação profissional das mães	55
Quadro 7 – Análise comparativa das variáveis por grupos de idade das crianças	56
Quadro 8 – Análise comparativa das variáveis por número de irmãos das crianças.....	56
Quadro 9 – Análise comparativa das variáveis por início da doença da criança	57
Quadro 10 – Análise comparativa das variáveis por hospitalizações anteriores da criança	58

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Dec. Lei - Decreto-lei

DP - Desvio Padrão

EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

EPE – Entidade Publica Empresarial

M - Média

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Uma noite eu tive um sonho... sonhei que estava a passear na praia e, no firmamento, passavam cenas da minha intervenção junto das mães das crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do Hospital de Santarém. Após cada cena que passava, percebi que ficavam dois pares de pegadas na areia: umas eram minhas e as outras das mães. Quando a última cena passou diante de mim, olhei para trás, para as pegadas na areia e reflecti sobre o meu percurso, as aprendizagens e o processo de aquisição de competências, surgindo assim este relatório.

Todo este percurso pretende dar resposta à etapa final do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

O presente trabalho surge como uma necessidade de formação, servindo para a descrição do trabalho por mim desenvolvido e funcionando como uma avaliação do mesmo. É sua finalidade, através de uma metodologia descritiva, fazer uma análise crítica das actividades por mim desenvolvidas, com base na fundamentação teórica e na reflexão pessoal.

A hospitalização de uma criança transporta consigo grandes mudanças na vida quer da criança, quer dos pais. A minimização desta mudança ou transição situacional no ciclo vital passa pela presença contínua dos pais durante as 24 horas do dia.

São indiscutíveis as vantagens da permanência dos pais durante a hospitalização da criança, quer para esta quer para aqueles. As mudanças verificadas implicam adaptações dos pais a uma nova realidade que só será ajustada de forma equilibrada se o hospital oferecer condições físicas e humanas para isso. Estas condições passam por um acolhimento capaz de dar respostas às suas necessidades perspectivando uma continuidade do papel parental.

O modo como a família se adapta à situação de ter uma criança doente e hospitalizada, depende dos seus próprios recursos intrínsecos, bem como de suportes familiares e sociais disponíveis. A atenção passa por conhecer os seus medos, dificuldades, sentimentos e necessidades, respeitando o conhecimento parental da criança e o seu direito a participar na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados.

Neste sentido, efectuaram-se intervenções de ajuda às mães durante a hospitalização da criança, tendo como finalidade o apoio emocional. Estas tiveram um carácter individual, assentes na criação de uma relação de confiança e empática, onde pretendi identificar e dissecar o problema precipitador da crise, identificar e implementar recursos emocionais, familiares, entre outros, que melhorassem o funcionamento emocional face à situação.

Este tipo de intervenção, pretende contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem, tendo como parceiros efectivos na prestação dos cuidados os pais/conviventes significativos e reforçar a importância do Enfermeiro de Ligação em Enfermagem de Saúde Mental no Serviço de Pediatria.

São objectivos deste trabalho:

- Avaliar as respostas humanas das mães face à hospitalização das crianças (ansiedade, depressão e *stress*);
- Identificar a relação existente entre as características sócio-demográficas das mães e as respostas humanas face à hospitalização das crianças.
- Identificar a relação que existe entre as características das crianças e as respostas humanas das mães.
- Identificar a relação existente entre as características da hospitalização das crianças e as respostas humanas das mães.

De forma a possibilitar uma leitura organizada e sistematizada, o relatório é constituído por três partes fundamentais. A primeira, referente ao enquadramento teórico onde são abordados os seguintes temas: a criança hospitalizada; os pais no hospital; reacções dos pais face à hospitalização das crianças; cuidados aos pais; respostas humanas dos pais; resultados de outros estudos e a relação de ajuda, como resposta terapêutica de apoio emocional.

Na segunda parte, são apresentados os resultados da intervenção e comparados com as perspectivas de outros autores, obtendo-se assim um importante contributo de ajuda às famílias que vivem a situação de hospitalização de um filho.

As duas partes anteriores permitem a concretização da terceira e da última onde têm lugar as reflexões finais sobre o trabalho desenvolvido no que se refere a relações encontradas e implicações para a intervenção de enfermagem. Faço referência aos principais contributos que recolhi, as dificuldades que senti e as limitações com que me deparei.

Este trabalho, pretende ser um contributo no sentido de melhorar o conhecimento das vivências e sentimentos da família na situação específica de hospitalização pediátrica, para que esta possa ser ajudada a transformar a situação de emergência ou mesmo de crise, numa oportunidade de desenvolvimento.

A orientação do relatório esteve sob supervisão do Professor Dr. João Durão.

1 - ANÁLISE DO CONTEXTO

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O Hospital de Santarém situa-se na zona entre São Domingos e Vale de Estacas, na cidade capital de Distrito. Tendo iniciado a sua actividade, no ano de 1985, com 240 camas, o Hospital conta actualmente com uma lotação de 414 camas, das quais 132 estão afectas à área médica, 160 à Cirurgia, 20 à Psiquiatria e Saúde Mental, 85 ao departamento da Mulher e Criança e 6 à Unidade de Cuidados Intensivos. A Instituição encontra-se igualmente dotada de todas as principais especialidades médicas e cirúrgicas, servindo uma população de aproximadamente 192.000 habitantes.

Em 2002, o Hospital Distrital de Santarém viu o seu estatuto ser alterado de Instituto Público para Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, adoptando desde então uma gestão de tipo empresarial. Em Dezembro de 2005, deu-se nova alteração, passando a Instituição a integrar o Sector Empresarial do Estado e a designar-se por Hospital de Santarém, EPE.

O serviço de Pediatria do Hospital de Santarém EPE, está inserido no Departamento da Saúde da Mulher e da Criança, ocupa o 8º Piso da ala Norte do edifício do Hospital. O Serviço tem a lotação para 17 crianças, podendo estender-se até mais 3 (existe um acréscimo de 3 camas supra numerárias). Estas camas estão distribuídas por 9 quartos. Todos os quartos reúnem condições para que um dos elementos da família possa acompanhar a criança hospitalizada, desde 1996 que tal sucede.

O acesso ao serviço é efectuado pelo interior do Hospital, que pressupõe a entrada pela portaria interna. Desde Abril do presente Ano, o Serviço está dotado de um sistema de segurança, trata-se de um sistema de rádio transmissão a partir de pulseiras que, logo que são colocadas no pulso das crianças, ficam automaticamente accionadas e ligadas à central. Se uma criança com a pulseira ultrapassar uma determinada área, a porta de saída encerra automaticamente em pouco segundos, ao mesmo tempo, que soa um alarme sonoro e são accionadas câmaras de vídeo -vigilância, que permitem ter

imagens do que se está a passar. As pulseiras são colocadas às crianças logo no primeiro contacto com o Serviço, após o consentimento dos pais.

O Serviço de Pediatria é constituído por uma equipa multiprofissional da qual fazem parte Médicos Pediatras, Enfermeiros (15 no total, destes 4 são Especialista na área de Enfermagem de Saúde Infantil), 1 Educadora de Infância, 1 Fisioterapeuta, 1 Assistente Social, 1 Dietista, Auxiliares de Acção Médica, 1 Administrativa e por último 1 Enfermeiro de Ligação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no apoio aos pais das crianças hospitalizadas.

No espaço físico do internamento funciona ainda o Hospital de Dia e consultas de Fallow-up, em salas destinadas para tal.

O dinamismo, empenho e criatividade dos profissionais que integram este Serviço, são alicerces para a construção e desenvolvimento de projectos inovadores na área da Saúde. Vou dar destaque a alguns projectos que se encontram a decorrer:

- ***Inter-cambio Escolar***, traduz-se na realização de sessões de educação para a saúde em escolas; anualmente é seleccionada uma das escolas do 1º Ciclo existentes na cidade, e mensalmente os técnicos deslocam-se a esta para interagir com as crianças ao apresentarem temas como prevenção de acidentes, postura correcta, primeiros socorros, entre outros.

- ***Hora do Conto***, integrado no Plano Nacional da Leitura, é realizada semanalmente no serviço de internamento às crianças e pais. Numa primeira abordagem, há uma sessão de esclarecimento aos pais sobre recomendações acerca da literatura infantil, nomeadamente as características que os livros e sua adequação às idades da criança, posteriormente uma contadora de histórias preenche o espaço com a fantasia de “Era uma Vez...”, aqui o silêncio reina, pois ninguém quer perder um bocadinho da história.

- ***Inter-câmbio com o Serviço de Pediatria do Hospital de Abrantes***, onde existe uma partilha de experiências entre os dois Serviços. Os trabalhos realizados pelas crianças são partilhados entre os dois serviços.

- ***Inter-câmbio com o Serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria***, onde o grupo de Teatro formado por Utentes deste Serviço faz representações para as crianças internadas na Pediatria.

- ***Música nos Hospitais***, com uma colaboração estreita com uma Escola de música da cidade, semanalmente duas professoras deslocam-se ao Serviço e preenchem

o espaço com notas musicais, onde ninguém fica indiferente ao ritmo e som que é produzido.

1.2 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A profissão de Enfermagem tem sido marcada por inúmeras mudanças nos últimos anos, e actualmente é uma profissão que tem desenvolvido inúmeros esforços para passar da tecnicidade centrada na doença para uma corrente de valorização da relação entre o cuidador e quem recebe os cuidados. Considera-se imperativo que os enfermeiros sejam capazes de conhecer melhor a pessoa e que consigam estabelecer uma “relação de ajuda” a nível individual e familiar, precisando para isso, de desenvolver competências específicas.

As competências referindo-se a um conjunto de saberes que permitem ao enfermeiro desenvolver acção assumem papel determinante, nomeadamente, ao nível da área relacional de ajuda. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é marcado pela polivalência, flexibilidade e multidisciplinaridade, estando também cheio de paradoxos, atendendo a que, pede-se que desenvolvam um espírito analítico e cultivem a globalidade (1). Exigem-se competências técnicas de alto nível mas procurando o calor humano e a simplicidade do contacto.

Deseja-se um enfermeiro que possa combinar as propriedades da excelência na técnica e a excelência no tacto.

Evidencia-se a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional, devendo os enfermeiros ser capazes de desenvolver o seu saber ser de forma a aumentar as suas competências relacionais de ajuda. Estas assentam nas características e nas capacidades pessoais para estabelecer e manter relações afectivas que expressem afectos, permitindo ao sujeito relacionar-se bem consigo próprio, com o meio ambiente e com os outros.

Tem sido uma temática amplamente estudada e podemos hoje considerar que a busca da especificidade da profissão de Enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico e

científico próprios, e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais - uma atitude de ajuda e, se necessário, substituição do doente (2).

Da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de Enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades designadas por comportamentos e competências ligados às funções de contacto, referindo-se ao toque, ao olhar, às distâncias, às posições físicas, ao tempo, à escuta e aos meios de comunicação (3). O desenvolvimento destas competências é fundamental no exercício da Enfermagem e mais especificamente na área da relação de ajuda.

A questão das competências, passa pelo desenvolvimento harmonioso da pessoa e insere-se num complexo processo de sociabilização, com o qual o indivíduo aprende e interioriza regras e normas da sociedade, inclui ainda crescer, educar, formar, que acontece progressivamente num processo contínuo (4). Evolui do saber, saber fazer para o saber ser, mobilizando recursos cognitivos, afectivos e psicomotores.

No artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (alínea e), que representa os princípios gerais, os valores e os princípios orientadores do exercício da profissão, constatamos que um dos valores universais a considerar é a competência e o aperfeiçoamento profissional (5). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros, enquanto organismo regulador da profissão, tem vindo a desenvolver um conjunto de actividades específicas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, destacando-se o Enquadramento Conceptual para a Prática dos Cuidados e, mais recentemente, a definição das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. A definição aprovada por este organismo considera que “a competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (6).

Sendo a competência um valor a respeitar na relação profissional é também um desafio e uma exigência ética face ao modo de revelar o profissionalismo. A competência terá de ser para os enfermeiros “um comportamento, a relação da sua conduta, a orientação dos seus gestos quotidianos e o funcionamento de um desempenho ético” (7), apresentando-se "como uma construção formal de procedimentos, de objectivações presentes no seio de esquemas de acção, ou seja, de capacidades em seleccionar, confederar e aplicar os conhecimentos, as habilidades e os comportamentos a uma situação" (8:105). A autora considera ainda, que a competência não pré-existe, sendo sempre uma competência de situação

(doente/enfermeiro/ambiente), surgindo como uma capacidade de mobilizar e integrar os múltiplos saberes de forma a realizar as actividades.

Outra das autoras que se tem dedicado ao estudo das competências em Enfermagem tem sido Dias (4) que considera que, em Enfermagem, este conceito deve ser claramente definido e afirma que competência é um conjunto de características individuais e conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades, designadas por cuidados de Enfermagem nos domínios preventivo, curativo, reabilitação e/ou reinserção do doente na família e na comunidade. Para esta autora, as características individuais são as potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados. A avaliação destas competências pode ser feita através da observação da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão.

A aquisição de competências em Enfermagem, envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências, por parte dos pares e da comunidade científica (4).

De salientar que, embora os conhecimentos estejam integrados às competências, não devem ser confundidos. É importante diferenciá-los, articulando-os nos dois momentos que, dialecticamente, se relacionam no conceito de praxis: a teoria e a acção. Possuir saber teórico, ainda que fundamental, não é suficiente para produzir transformações na realidade: é preciso que ele se transforme em acção, pois só assim se poderá ter acção centrada em competências. A competência é um saber que leva á acção, um saber articulado em função de uma finalidade, e que além de aprendido deve ser reproduzido e aplicado na prática diária (9).

As competências relacionais de ajuda assentam nas características e nas capacidades pessoais para estabelecer e manter relações afectivas que exprimam afectos, permitindo que o sujeito se relacione bem consigo próprio, com o meio ambiente e com os outros. Centram-se nas capacidades que lhe permitem adaptar-se às situações, compreender, construir e valorizar as noções sobre os objectos, as pessoas e sobre si próprio, criar modelos da realidade, dar-lhe sentido e conservar a memória do trabalho. Incluem a expressividade, sentimentos de entusiasmo, zelo e confiança na execução dos objectivos, capacidade de dedicação ao trabalho, tenacidade e

persistência, raciocínio analítico, capacidade relacional e de comunicação, auto-organização, auto-confiança, auto-controlo, auto-eficácia, curiosidade, prazer em aprender, compreensão das emoções e dos sentimentos, capacidade de decisão, de partilha e de cooperação (4).

Pretendi com a intervenção às mães das crianças hospitalizadas, desenvolver competências relacionais de ajuda, de uma forma harmoniosa, organizadas em torno de um constructo multidimensional, diferenciando-se quatro dimensões ao nível de competências genéricas, empáticas, de comunicação e de contacto (ilustração 1).



Figura 1- Modelo de Aquisição de Competências

As competências genéricas, relacionaram-se com a forma como entendi o outro, referindo-se à capacidade científica de atender as necessidades em cuidados de enfermagem específicos para cada pessoa, onde o conhecimento de mim e os conhecimentos profissionais, são utilizados como recurso (3). Assim, a qualidade do trabalho que executei derivou do conhecimento que tenho de mim própria e passou pela capacidade que tenho em comunicar com o outro. Reconheço que as minhas características físicas, sociais e espirituais ajudaram-me a tomar conhecimento das minhas limitações na relação com as mães. No decurso das intervenções de enfermagem o primeiro órgão dos sentidos que mobilizei foi o da visão, sempre consciente dos desconfortos que a ele poderiam estar associados. O toque para mim revestiu-se de espontaneidade, intuição e conhecimento e apelei sempre à colaboração das mães.

Consegui detectar quando os pais quiseram dirigir a minha atenção para aspectos secundários e estive atenta às expressões não verbais, cuja riqueza pode ser maior que a linguagem verbal. Na interacção adoptei uma posição corporal de abertura, abstraindo-me tanto quanto possível de qualquer preocupação pessoal procurando um estado de espírito calmo e sereno aceitando a realidade das mães como sendo única.

As competências empáticas adquiridas, relacionaram-se com as atitudes pelas quais eu reconheci as mães como únicos, compreendendo o seu ponto de vista e aceitando o seu mundo, onde utilizei a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a especificidade, a imediaticidade e a confrontação. Ao longo da interacção senti que a minha atitude de autenticidade estava a servir de “modelo” junto das mães e a especificidade permitiu que estas reconhecessem as suas emoções de forma precisa, objectiva e concreta promovendo neles, a comunicação nestes.

As competências de comunicação, fizeram parte das habilidades de interacção, estiveram relacionadas com a forma como comuniquei com as mães, a influência e conteúdo das trocas entre nós. Englobou recursos importantes na comunicação como a escuta, o silêncio, a reformulação, a reprodução e a síntese. Para que a escuta fosse eficaz no processo de relação de ajuda, olhei para as mães na face sem contudo me fixar demasiado nos seus olhos, usei o silêncio como meio de comunicação e como facilitador de surgirem emoções, facilitando a aproximação com estas. Utilizei a reprodução de palavras no decurso da relação de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente, algum aspecto da comunicação. Utilizei a reformulação para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções, a elucidação permitiu ajudar as mães a perceber as suas vivências na globalidade e a síntese para realçar o essencial no conteúdo comunicado e para que as mães retomassem os momentos em que o conteúdo foi pouco claro ou sem sentido aparente

As competências de contacto, adquiridas reportam-se à posição, postura e modo como me coloquei face às mães. Seleccionei adequadamente o momento em que a aproximação com as mães devia acontecer e na maioria das vezes utilizei a distância de carácter íntimo (45 cm) aquando das intervenções de ajuda.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 - A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Quando a hospitalização da criança é inevitável, esta deve ser feita em unidades pediátricas e com redução do tempo de hospitalização ao mínimo possível. A Comissão Nacional de Saúde da Criança refere o direito inalienável de a criança ser hospitalizada em ambiente pediátrico, considerando criança todo o ser humano até aos 18 anos, conforme convenção da Organização das Nações Unidas (10).

A infância é uma etapa do ciclo vital muito vulnerável, antecede a adolescência, sendo necessário intervir nestas idades. O internamento de uma criança requer uma adaptação constante da família. Quando falo de adaptação não é minha intenção fazer referencia a formas estáticas de ser ou de conhecimento, mas sim a uma actualização constante face aos acontecimentos e às mudanças que eles introduzem.

A hospitalização da criança é uma situação particularmente critica para o seu equilíbrio psicológico dada a sua fragilidade emocional e a sua dependência dos pais. Significa separação da criança da família, quebra nas actividades habituais, tratamentos dolorosos e sofrimento. As manifestações psicológicas que traduzem esta condição para os pais significam também uma quebra na organização do seu quotidiano (deslocações, despesas, faltas ao trabalho, ausência do lar...), tornando-os muitas vezes impotentes, experimentando sentimentos de medo, ansiedade e culpa (11).

Esta culpa é geralmente manifestada por falhas no seu papel de pais e nas expectativas de si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento da criança (12).

A separação entre pais e crianças durante a hospitalização, seja qual for a idade da criança, o seu estágio de desenvolvimento, o ciclo vital da família, a relação com a pessoa ausente e a natureza da separação podem produzir efeitos transitórios leves e/ou sequelas significativas, tendo em conta as relações existentes no seio familiar (13). De uma forma mais específica, quando a doença surge, a reactividade dos pais/família a uma situação adversa depende de factores que vão desde a integridade dos relacionamentos familiares até a transmissão de valores que têm em conta a cultura e sociedade em que vivem.

A angústia e a inquietação dos pais pode levá-los a superprotegerem a criança ou a ficarem indiferentes a ela. É necessário, de facto, ajudá-los a reflectir sobre o seu comportamento sem os julgar (11).

O reajustamento de papéis e estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver, as estratégias de coping a utilizar podem ser os mesmos, quer em situação de doença súbita e aguda, quer em situação de doença crónica. O que é relevante, é que nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afectivas requerem dos pais e família uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a situação de crise, enquanto as doenças de aparecimento prolongado existe um período de maior adaptação (13).

Para que o efeito da hospitalização seja o menos traumático possível para a criança, a presença dos pais torna-se fundamental. Mas nem sempre os pais estiveram presentes nas unidades pediátricas.

2.2 - OS PAIS NO HOSPITAL

A Organização Mundial de Saúde, no ano de 1977, recomendou que as crianças hospitalizadas tivessem visitas dos pais e que as mais pequenas fossem internadas juntamente com as mães. Em Portugal, a partir dos finais dos anos 70 (mais propriamente em 1977), e à semelhança dos países europeus, registou-se uma preocupação em tomar medidas urgentes e promulgar legislação que facilitasse e valorizasse as funções parentais, reconhecendo os direitos da criança e concretizasse medidas de apoio à família (13).

A legislação portuguesa prevê o acompanhamento familiar da criança hospitalizada com idade inferior a 14 anos. O direito ao acompanhamento familiar exerce-se com respeito pelas instruções e demais técnicas relativas aos cuidados de saúde, aplicáveis e sem prejuízo do normal funcionamento dos serviços (14). Acrescida de outras condições surge em 1987 o Dec. Lei nº 26/87 (15).

A Carta da Criança Hospitalizada (16) é clara quando faz referência à importância do acompanhamento das crianças doentes, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado, bem como a participação dos pais nos cuidados que lhe são prestados, nomeadamente nos pontos três e quatro, quando refere: “os pais devem ser

informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados”; “a criança e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito” (13).

De acordo com o Relatório da Comissão Nacional de Saúde da Criança “a presença permanente dos pais junto das crianças hospitalizadas não diminui, antes reforça, o papel qualitativo e quantitativo dos enfermeiros dos serviços de Pediatria, ampliando as suas funções assistenciais, exigindo um papel pedagógico junto das famílias e das crianças e valorizando as suas funções de observação, de registo e de parte fundamental da equipa de Saúde” (10:165).

Neste processo de legitimidade da presença dos pais nas unidades hospitalares de pediatria, os pais podem ultrapassar sentimentos de culpa ou de incapacidade para cuidar do seu filho, ao se sentirem úteis. A sua ansiedade diminui porque acompanham a evolução da criança, presenciam e participam nos cuidados prestados e preparam-se para dar continuidade após a alta. No entanto, apesar de desejada, a presença dos pais não deve ser exigida, uma vez que deve ser respeitada a dificuldade que alguns pais manifestam em encarar a hospitalização do seu filho, bem como o cansaço que possa advir de uma presença constante (17).

Em recentes trabalhos publicados, a importância da presença dos pais não se limita ao estar fisicamente, mas em que condições e quais as necessidades que têm para poderem participar nos cuidados de forma adequada e eficaz numa situação adversa, como é a hospitalização (18, 19, 20).

O sentimento cada vez mais comum é que a presença dos pais no acompanhamento hospitalar é de primordial importância. Contudo, as instituições desenvolvem-se na área da técnica, para proporcionarem melhores condições aos doentes e não levando muito em conta o cuidar dos pais e as suas necessidades.

A presença dos pais 24 horas por dia no hospital veio transformar o modo de pensar e organizar os cuidados de enfermagem. Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados. Os papéis parentais concretizam-se em função das necessidades concretas das crianças, mas também procuram responder positivamente às expectativas e representações sociais atribuídas aos pais, enquanto educadores. A qualidade de vida da criança depende de uma relação

significativa com os pais e a sua adaptação ao ambiente, como uma expressão de uma integração e envolvimento adequado com os enfermeiros durante a hospitalização da criança.

A permanência dos pais no ambiente hospitalar arrastou consigo, uma maior necessidade de inovar nos modelos de cuidados de enfermagem através da construção de projectos de saúde centrados na criança/família. Identificar as necessidades emocionais dos pais, ajuda os enfermeiros a desenvolverem competências de forma a avaliar a etapa do ciclo vital da criança/família e assim definir estratégias de intervenção no sentido da adaptação aos processos de doença e a promoção do papel parental.

Não basta legislar sobre a permanência dos pais nos hospitais se não houver uma implicação na reorganização de metodologias de trabalho que impliquem outros referenciais de cuidados em enfermagem pediátrica e práticas diferentes. É necessário trabalhar os conceitos de parceria, negociação, participação, papel parental “compartilhar saberes, poderes, espaços, não é um acto linear e simples, decorrente da adesão a um discurso. Implica, sim, mudanças de valores e atitudes por parte dos pais e profissionais” (21:38).

2.3 - REACÇÕES DOS PAIS FACE À HOSPITALIZAÇÃO DAS CRIANÇAS

Falar em hospitalização de uma criança no contexto da família, significa falar em separação no sentido lato, pois, mesmo que essa separação não se verifique fisicamente em relação à figura maternal (ou paternal), ela ocorre, necessariamente, em relação ao ambiente familiar físico e afectivo. São indiscutíveis as vantagens do acompanhamento da criança durante a hospitalização por uma pessoa que seja significativa para ela, frequentemente é a mãe quem a acompanha, mas para que esta permaneça a seu lado, outras dificuldades se colocam, necessitando de igual modo de resolução (13).

A hospitalização de uma criança transporta consigo grandes mudanças na vida quer da criança, quer dos pais. A minimização desta mudança ou transição situacional no ciclo vital passa pela presença contínua dos pais durante as 24 horas do dia. Todavia, a presença dos pais não passa só pelo acompanhamento dos seus filhos num processo

benéfico relativamente aos efeitos de uma separação, mas tem significado numa participação activa nos cuidados à criança.

O modo como a família se adapta à situação de ter uma criança doente e hospitalizada, depende dos seus próprios recursos intrínsecos, bem como de suportes familiares e sociais disponíveis. A atenção passa por conhecer os seus medos, dificuldades, sentimentos e necessidades, respeitando o conhecimento parental da criança e o seu direito a participar na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados.

Durante as primeiras horas de internamento, os pais tentam achar explicações e causas para a doença. As famílias são fonte de muita ansiedade, medo e tensão. Ansiedade pelo equipamento e profissionais desconhecidos, medo de perder o filho, ou se este vai vivenciar dor ou desconforto. Medo por não saber ainda lidar com esta experiência nova e ameaçadora. Quando o diagnóstico e a etiologia são conhecidos, os pais procuram razões para dar resposta à doença do filho. Quando a etiologia não é esclarecedora, a ansiedade é maior. Inicialmente a família imobiliza-se com sentimentos de medo, choque, negação e descrença, pânico, protesto, raiva, regressão, culpa, impotência frente à doença, depressão, irritabilidade e agressividade, pois encontra-se despreparada para enfrentar a ansiedade e tensão criadas pelo factor stressante. A seguir a família mobiliza os recursos disponíveis para lidar com a doença e a hospitalização, numa tentativa de restaurar o equilíbrio, devendo ser auxiliada e compreendida nas diversas fases. A negação é uma defesa que todos os pais usam em menor ou maior grau. Na sua forma extrema, os pais não ouvem o que a equipe tem a dizer, podendo apresentar sentimentos hostis, como raiva da equipe.

A preocupação sobre o prognóstico torna os pais vulneráveis. As crianças dependem dos seus pais quanto a cuidados físicos, formação educacional e social, mas quando adoecem e são hospitalizadas, algumas destas funções, no imediato, podem ser assumidas por profissionais de saúde causando nos pais um sentimento de revolta e frustração, comprometendo o seu papel parental. A prática de cuidados em casa é abandonada e substituída por tecnologia específica, o que coloca a família sob as “ordens” dos profissionais de saúde, com o médico no topo dessa hierarquia de saber e poder (22).

Ao hospitalizarem o seu filho os pais “expõem” o “produto” do seu lar para a sociedade (13). O seu papel protector desaparece, perante a necessidade de aceitar com passividade e conformismo as decisões dos profissionais, detentores do saber, apesar de

esta aceitação lhes provocar sofrimento. Este sofrimento não é só causado pela doença, mas também pela ansiedade no envolvimento e participação nos cuidados, bem como na capacidade de lidarem com as emoções. Por outro lado, a prevalência do modelo biomédico, em que relativamente à criança e família os enfermeiros ficam numa posição de poder que lhes advém dos seus conhecimentos científicos e competências técnicas, talvez limite a participação dos pais nos cuidados.

Para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo (23).

Quando os pais têm apoio suficiente, poderão responder a grande parte das necessidades emocionais do filho. Apesar de serem reconhecidas as vantagens da hospitalização conjunta pais/criança, a família necessita mobilizar recursos internos e externos para responder a esta situação mais ou menos inesperada. Encontramos como reacções comuns dos pais da criança hospitalizada, a negação (habitualmente reacções iniciais), sentimentos de culpa, medo e ansiedade (relacionados com a gravidade da doença e tipo de procedimentos/tratamentos necessários e conseqüente trauma e dor que passam provocar na criança), depressão (que pode surgir após a crise aguda e recuperação total, sendo muitas vezes acompanhada de exaustão física e mental), impotência, revolta, e intensificação de problemas preexistentes (24), tudo isto, associado a níveis elevados de *stress*.

Estas reacções ocorrem porque, são muitos os problemas que os pais enfrentam perante a hospitalização de um filho: 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 (pessoas, rotinas e equipamentos); mudanças de hábitos de vida e no atendimento das necessidades do filho doente e dos outros filhos; insegurança quanto aos tratamentos e seus resultados; problemas financeiros, de emprego e outros de natureza social e por ultimo padrões comportamentais solicitados, diferentes dos habituais (24).

Assim, a hospitalização de uma criança gera instabilidade e desequilíbrio acentuado no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise.

Tal como foi descrito para outras situações, após o primeiro impacto do acontecimento precipitante, ao qual o sujeito reage com ansiedade e por vezes desorganização, sucede uma resposta de negação, raiva, desespero, sentimentos de culpa

e depressão. Se a situação for ultrapassada de modo positivo (a ajuda tem nesta fase um papel crucial), seguir-se-á a aceitação e o confronto com as consequências (25).

Baldini (26) faz referência a quatro fases vivenciadas pelos pais aquando do internamento do filho: 1) fase de negação; 2) fase de desorganização, que pode gerar raiva contra outros membros familiares e culpa; 3) fase de ansiedade que pode criar tensão e dificuldade em assimilar as informações e por último 4) a fase do ajuste, onde novas formas de lidar com a situação surgem, num processo de aceitação da doença da criança. Referindo ainda que os pais psicologicamente equilibrados antes do internamento do filho, têm dificuldades no reajuste psicológico, passando pelas diferentes reacções emocionais já citadas.

Os pais mobilizam os seguintes mecanismos para enfrentar a crise: a) focalização em sentimentos positivos, como ter esperança; b) apoio da família, amigos e religião; c) distância (minimizar a importância da crise); d) crença religiosa; e) preocupação com detalhes médicos; f) hostilidade, irritação ou raiva (27).

Não há dúvidas que a família é um factor de mediação significativo para o equilíbrio da criança doente, conseqüente hospitalização, e posterior fase de recuperação (24). As reacções parentais (modo de confrontação, apoio) perante a ocorrência de doença na sua criança e todo o conseqüente processo de recuperação, são factores que interagem intimamente com as variáveis relativas à própria criança e à doença em causa, influenciando em larga medida a forma como a criança se adapta psicologicamente a esta situação de crise. Deste modo é particularmente importante abordar as necessidades e preocupações, a vivência e comportamentos, dos membros da família particularmente significativos para a criança, como serão a mãe e o pai (ou seus substitutos).

2.4 - CUIDADOS AOS PAIS

Cada família tem necessidades diferentes no que se refere à hospitalização da criança. Reconhecer a importância do papel dos pais e abordar estes de forma individualizada, torna-se fundamental no processo de integração da criança e pais nas unidades de internamento.

As necessidades que os pais apresentam durante a hospitalização da criança merecem toda atenção das equipas de enfermagem no sentido de proporcionar uma

relação de ajuda em interação constante, com benefícios crescentes para a criança e igualmente para a adequação ou oportunidade de os pais desenvolverem o seu papel parental (12). A integração dos pais no ambiente hospitalar introduziu mudanças que contribuíram para que os enfermeiros reflectissem sobre a organização dos cuidados de forma a dar resposta às necessidades não só das crianças hospitalizadas, mas também dos pais que as acompanham (23).

De facto, os pais no hospital querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os activistas deste processo: com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizarem-se em função da hospitalização do seu filho.

Uma vez que cada família tem necessidades diferentes no que se refere à hospitalização do filho, assim, deverá ser acompanhada numa abordagem individualizada, proporcionando um mínimo de estabilidade e familiaridade dentro da situação que está vivendo. Uma prática de enfermagem que vá de encontro às necessidades da família na sua globalidade tem de partir de uma relação de ajuda, sendo necessário primeiro criar uma relação de confiança, dado que ajuda a pessoa a descobrir-se. É uma relação original porque vou estar particularmente voltada para o outro, para as suas vivências, para o seu sofrimento. Esta relação desenvolve-se no decurso de uma entrevista que visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano (9). Nesta relação de suporte e de acompanhamento, pretende-se ajudar a família a “operar o seu ajustamento pessoal a uma situação na qual não se adaptaria sem o suporte ou o apoio de um terceiro” (Jacques Salomé, 9:109).

O termo relação significa encontro de duas pessoas e para que esta relação se estabeleça existem condições fundamentais que devem ser respeitadas (9). Para esta autora um dos pressupostos iniciais passa pela não desvalorização do doente por parte do enfermeiro, desvalorização esta provocada pela perda de poder que traz a doença. O doente deve ser considerado pelo enfermeiro como um parceiro no processo de cuidados, já que sem a sua colaboração, o trabalho do enfermeiro pode perder todo o sentido e, em consonância com o trabalho de Peplau, o doente independentemente do seu estado “é um parceiro no processo de cuidados: nós prestamo-los, ele recebe-os e colabora neles, segundo as suas possibilidades” (9: 322).

A relação de ajuda faz parte do domínio da actuação autónoma dos enfermeiros. Actividades autónomas são “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos na investigação em Enfermagem” (28). Em Enfermagem ser autónomo implica por parte do enfermeiro uma prescrição e não uma delegação (presente ao nível das actividades interdependentes). A relação de ajuda no âmbito do cuidar em Enfermagem assume-se como uma actividade autónoma, em que o enfermeiro detentor da capacidade de pensar complexo, de integrar e perceber os contextos (29), avalia cada situação e prescreve a técnica de "relação de ajuda".

O enfermeiro enquanto pessoa que ajuda, deve ser um participante activo da situação/ problema, de forma a encontrar um sentido para as dificuldades expressas pelo doente. Tal como vem referenciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser produtivo na consecução do seu projecto de saúde” (30).

O papel do enfermeiro na ajuda aos pais passa pelo reconhecimento e a descoberta dos seus potenciais recursos, de acordo com a sua própria personalidade, para a resolução dos seus problemas. A ajuda só será eficaz quando o enfermeiro interiorizar que só o ajudado possui os recursos base para resolver o seu problema; este, apenas deve orientar e assistir e nunca decidir ou substituir no processo de resolução de problemas. Assim, a ajuda faz com que haja no outro crescimento, desenvolvimento, maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida (31, 32). Com a noção de relação subentende-se a presença de elos de contactos, de uma forma de coexistência.

Ao estabelecer a relação de ajuda, pretende-se favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. É através da interacção que o enfermeiro conhece e compreende a pessoa, tornando-se ele mesmo um valor terapêutico para a criança/família, assim toda a intervenção que contribua na minimização do stress tem um benefício directo na família e na criança (33).

A relação de ajuda constitui uma abordagem importante na prestação de cuidados. É uma forma de proceder, guiada por saberes e técnicas e manifestada através de comportamentos e atitudes do profissional. Implica capacidade de comunicação verbal ou não verbal, sendo a última, mais forte e intensa que a primeira. A relação de ajuda só poderá desencadear-se num clima de segurança afectiva e de confiança mútua, que conduz à responsabilização de cada um dos intervenientes pelo outro. A profissão de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa que cuida. No contexto de hospitalização pediátrica, a relação condiciona o modo como a criança hospitalizada e a família interpretam o cuidar e as intenções do cuidar por parte dos enfermeiros. Neste sentido, a relação interpessoal na vertente relação de ajuda, torna-se o alicerce onde assentam os cuidados. É através dessa, relação que o enfermeiro conhece e compreende, tornando-se ele mesmo um valor terapêutico para a criança/família.

A relação de ajuda não tem este tipo de denominação na CIPE® versão β2, (34), no entanto poderá enquadrar-se nas técnicas ^[CIPE® β2: 2.C.2.6], Eixo C -recursos (Entidade usada no desempenho da acção de enfermagem, inclui os instrumentos, ou ferramentas utilizadas no desempenho da acção de enfermagem e os serviços, ou seja trabalho ou planos específicos usados ao executar a acção), denominada por Técnica de Feedback ^[2.C.2.6.13]. A nível do Eixo A (Tipo de Acção Realizações levadas á prática por uma acção de Enfermagem) é do tipo Relacionar ^[2.A.4.4] (é um tipo de atender ^[2.A.4] por alguém em relação com outrem), mais propriamente Estabelecer Relação com ^[2.A.4.1.2] (estabelecer uma comunicação útil e harmoniosa). A NIC, (35) ^[Código 5000], denomina por relação complexa, definindo como o estabelecimento de uma relação terapêutica com o paciente com dificuldades para interagir com os outros.

Os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia da enfermagem, estando o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria o mais apto para tal (33). As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. Para que os pais sejam um elemento efectivo da equipa assistencial, necessitam ser ajudados desde o primeiro momento na realização do seu papel dentro da mesma (13).

Os defensores da humanização do atendimento (36, 33,37) na saúde/doença, preconizam a presença do Enfermeiro de Ligação. A presença do enfermeiro de ligação da área da saúde mental e psiquiatria é incontestavelmente uma mais-valia para a equipa multidisciplinar, quer em termos directos destes profissionais na sua prática dos cuidados, quer na colaboração que é prestada à equipa na prestação dos cuidados (38).

2.5 - RESPOSTAS HUMANAS DOS PAIS - ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO

O desenvolvimento das classificações de enfermagem e a construção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), no sentido do desenvolvimento de uma classificação internacional para a prática de enfermagem, permitiu a sistematização dos focos de atenção de enfermagem relacionados com intervenção na pessoa. Para percebermos as respostas humanas dos pais face à hospitalização da criança, torna-se relevante definir cada um deles.

A ansiedade é definida pela CIPE® versão β2 (34: 47) como “ (...) um tipo de emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémulas”, desde 1999, ao nível do Eixo A (Focos da Prática de Enfermagem). Trata-se de um Fenómeno de Enfermagem que influencia o Estado de Saúde e é relevante para a prática de enfermagem, como sendo um tipo de Autoconhecimento ^[1.A.1.1.2.1.1] (razão de primeira ordem para a acção), nomeadamente Adaptação ^[1.A.1.1.2.1.1.8] (disposição para gerir novas situações e desafios), de tipo Autocontrolo ^[1.A.1.1.2.1.1.8.2].

A ansiedade é descrita como uma experiencia emocional, que varia de intensidade, desde a inquietação ligeira ao terror intenso, sempre associado à previsão de situações de tensão futuras ou iminentes. Os sintomas relacionados com a ansiedade vão desde tremuras, tensão muscular, fadiga fácil, palpitações, náuseas, diarreia, insónia, irritabilidade e dificuldade para a concentração (39).

Segundo o DSM-IV-TR (40), a designação de perturbação de ansiedade abrange diferentes tipos de perturbações tais como ataques de pânico, agorafobia, fobia específica, fobia especial, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação do stress pós-traumático, perturbação aguda do stress, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral. A perturbação de ansiedade generalizada é aquela que mais se relaciona com a medição efectuada pela escala da EADES-21. Neste sentido, trata-se com uma preocupação exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos ou actividades que ocorre em mais de metade dos dias, denotando dificuldade em controlar essa preocupação, em que estão associados, pelo menos, três dos seguintes sintomas: 1- agitação, nervosismo ou tensão interior; 2- fadiga

fácil; 3- dificuldades de concentração; 4- irritabilidade; 5- tensão muscular; e 6- perturbações no sono; interferindo no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área da vida das pessoas. Perante esta perspectiva, a ansiedade pode ser considerada como universal, um fenómeno eminentemente humano, caracterizado por uma antecipação temerosa de um acontecimento futuro desagradável, e uma emoção experimentada pela pessoa como uma ameaça tanto física quanto psíquica que provoca uma reacção de alerta (41).

O Humor é descrito na CIPE® versão β2 (34: 47), desde 1999, ao nível do Eixo A (Focos da Prática de Enfermagem). Trata-se de um Fenómeno de Enfermagem que influencia o Estado de Saúde e é relevante para a prática de enfermagem, como sendo um tipo de Autoconhecimento ^[1.A.1.1.2.1.1] (razão de primeira ordem para a acção), nomeadamente Emoção ^[1.A.1.1.2.1.1.5] (disposição para reter ou abandonar acções tendo em conta sentimentos de consciência do prazer/dor, (in)conscientes, expressos ou não expressos), de tipo Humor ^[1.A.1.1.2.1.1.5.10] “depressivo”.

A CIPE® versão 1.0 (42: 85) assume agora o foco Depressão ^[10005784], enquanto um “tipo de emoção com as características específicas: estado no qual a disposição está reprimida, causando: tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça”.

As pesquisas bibliográficas efectuadas sobre o conceito de depressão, transportam-nos para um mundo divergente, não existindo um significado simples e conciso. No entanto, a evolução histórica do pensar a depressão permite perceber o seu sintoma patogénico universal, o abatimento do estado geral do indivíduo. Assim, falar de depressão é falar de uma diminuição a nível da vitalidade do indivíduo (43). O sofrimento depressivo expressa-se em vários sinais e sintomas, varia consoante a idade e sexo. Encontramos como sintomas na depressão o humor deprimido, perda de interesse e incapacidade para sentir prazer, diminuição da energia e cansaço fácil, falta de atenção e concentração, incapacidade para tomar decisões, ideias de culpa ou de inutilidade, baixa auto-estima, ideias pessimistas quanto ao futuro, diminuição do apetite e perda de peso, alterações do sono e poderá existir ideias de auto-agressão ou suicídio.

A depressão é frequentemente indicada como um estado clínico que requer intervenção. Pode ser definido como um estado mental e físico que é caracterizado por uma mudança de humor, tornando-se infeliz, triste, desencorajado, irritável, frio,

receoso, desanimado, sem esperança e abatido (44). Uma pessoa deprimida caracteriza-se, fundamentalmente, pela incapacidade que o indivíduo sente para a vida em geral ou, especificamente, no seu trabalho e ambiente social e familiar, estando esta relacionada com a gravidade da depressão (45).

Citando Canova (46) " O nosso humor é como o céu, que ora está limpo ora nublado: só se entra em patológico quando as nuvens são mais ou menos persistentes".

Segundo o DSM-IV-TR (40) a perturbação depressiva major apresenta um diagnóstico com 5 das seguintes características, durante pelo menos duas semanas e que alteram o funcionamento prévio: humor depressivo, alterações de apetite, agitação ou lentificação psicomotora, desvalorização ou culpa, pensamentos recorrentes acerca da morte, perda de prazer, alterações do sono, fadiga ou perda de energia e diminuição da concentração ou indecisão.

A depressão pode ter causas exógenas e/ou endógenas, em que os sintomas da depressão podem ser divididos em quatro grandes áreas de avaliação: a) Afectiva – humor disfórico; medo; ódio; culpa; desânimo e irritabilidade; b) Cognitiva – visão negativa do mundo, de si e do futuro; crenças irracionais; ideias de morte e suicídio; baixa auto estima; indecisão; lentidão cognitiva; desinteresse em actividades, pessoas e prazeres; fraca concentração e agitação cognitiva; c) Actividade Comportamental – dependência; submissão; fraca assertividade; fraca aptidão comunicacional; inactividade; aparência descuidada; lentidão motora e respostas motoras agitadas; d) Funcionamento Físico – pouca energia; fraqueza; fadiga; insónias ou hipersónias; perda ou ganho de peso; distúrbios alimentares; indigestão; constipação; diarreia; náuseas; problemas sexuais; lentidão ou agitação de reflexos psicomotores; dores musculares e enxaquecas (44).

A depressão é uma perturbação mental comum que se caracteriza por estado de humor deprimido, perda do interesse ou do prazer, sentimentos de culpa ou de baixa auto-estima, distúrbios do sono ou do apetite, baixa energia, e pouca concentração (47). Estes problemas podem-se tornar crónicos ou recorrentes e conduzir à diminuição substancial da capacidade de um indivíduo ter cuidados consigo ou de responder às responsabilidades diárias. Estima-se que no ano 2020, as doenças mentais serão as que mais indivíduos afectarão em todo o mundo, ao lado das patologias cancerosas e cardíacas. Caso persistam as tendências actuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de incapacidades. Nas regiões desenvolvidas, a depressão é

que terá então mais peso na carga de doenças. A depressão é um transtorno mental comum que gera um ônus de doença muito elevado e deverá mostrar uma tendência ascendente nos próximos 20 anos (47).

O Stress do Prestador de Cuidados, outro foco estudado, é concebido na CIPE® versão β2 (34), ao nível do Eixo A (Focos da Prática de Enfermagem). Trata-se de um Fenómeno de Enfermagem que influencia o Estado de Saúde e é relevante para a prática de enfermagem, como sendo um tipo de Autoconhecimento ^[1.A.1.1.2.1.1] (razão de primeira ordem para a acção), nomeadamente Adaptação ^[1.A.1.1.2.1.1.8] (disposição para gerir novas situações e desafios), de tipo Coping ^[1.A.1.1.2.1.1.8.1] (disposição para gerir o stress que constitui um desafio aos recursos que o individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores) que se manifesta através do Stress do Prestador de Cuidados ^[1.A.1.1.2.1.1.8.1.6] “ (...) disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados”.

Na sociedade actual, o vocábulo *stress* entrou na linguagem comum e generalizou-se de tal forma que pode mesmo ser entendido como um símbolo cultural dos nossos dias. As mudanças constantes no dia-a-dia e o ritmo acelerado com que acontecem na nossa sociedade exigem transformações importantes ao nível dos valores, das atitudes e dos comportamentos. Por outro lado, conduzem à adopção de novos estilos de vida e, frequentemente, a uma percepção de incontroabilidade e de instabilidade em relação ao presente e ao futuro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o *stress* constitui-se actualmente como uma “verdadeira epidemia mundial” e representa elevados custos em termos individuais, familiares, organizacionais, comunitários e sociopolíticos (47). A Organização das Nações Unidas reforça esta ideia, classificando o *stress* como “a doença do século XXI”. De forma lata, o *stress* pode ser definido como a resposta a um ou a vários acontecimentos com um nível de exigência aos quais o sujeito é sensível e não desenvolve estratégias adequadas. Este é um *stress* negativo, designado na Literatura de *distress*, que geralmente trás implicações negativas ao nível do bem-estar físico e psicológico individual, podendo conduzir à adopção de comportamentos de risco para a saúde e à baixa percepção de realização pessoal (48, 49). Contudo, o *stress*

é também uma experiência vital, na medida em que desempenha um papel fulcral na adaptação do ser humano e pode motivar para a acção.

O stress não é apenas um termo que se relaciona com alguma situação incomodativa, sob o ponto de vista científico o stress é algo que envolve modificações a nível bioquímico, fisiológico, comportamental e psicológico. A sua ocorrência é susceptível de determinar consequências preocupantes que podem lesar o bem-estar e a saúde física e psíquica do indivíduo. Trata-se de uma condição que resulta de múltiplas interacções/transacções entre o indivíduo e o meio ambiente, das quais surge a percepção de uma discrepância por parte do indivíduo, que pode ser real ou não, entre as exigências do meio e os recursos do indivíduo a nível biológico, psicológico ou dos sistemas sociais (39). O mesmo autor afirma que nenhum ser humano está livre de enfrentar situações de stress.

O stress, considerado como um estado afectivo ou emocional, é utilizado para descrever um conjunto de mudanças internas que as pessoas sofrem em situações que as mesmas reconhecem como potencialmente ameaçadoras ao seu bem-estar e envolve respostas fisiológicas, sentimentos subjectivos e desconforto e comportamentos observáveis (44). No entanto, para Lipp & Tanganelli (50), o stress pode ser originado por fontes internas e externas, o que indica que por vezes não é o acontecimento em si que é stressante, mas a maneira como é interpretado pela pessoa, o que nos remete, por exemplo, para os esquemas cognitivos adaptativos ou inadaptativos. Após várias experiências efectuadas, o stress manifesta-se como um síndrome específico, sendo todavia, induzido de forma não específica (44). Chamou-lhe então de “Síndrome geral de adaptação”, ou seja, uma reacção fisiológica ao stress que intervém ao nível do organismo. Esta reacção comporta três fases - Alarme, Resistência e Esgotamento – sendo que os sintomas se diferenciam pelo nível de stress. Na primeira fase há uma estimulação do organismo para a sua defesa, desencadeada pelo impacto do agente stressante. Na segunda, o agente de stress não desaparece e o organismo procura recuperar a energia perdida e reparar danos causados. Na última fase, há uma diminuição da resistência no caso de o organismo não conseguir dominar e gerir o stress. Nesta fase são reveladas diferentes respostas individuais ao stress, bem como energia e capacidades de resistência diferenciadas. Neste sentido, e entendendo o indivíduo numa perspectiva monista, este reage de forma a adaptar-se à situação experienciada.

O factor de stress pode ser um acontecimento isolado (por exemplo, uma ruptura afectiva) ou constituído por múltiplos factores (por exemplo, graves dificuldades nos negócios) (40). Os factores de stress podem ser recorrentes (por exemplo, associados a crises sazonais nos negócios) ou contínuos (por exemplo, habitar em zonas de alta criminalidade). Os agentes de stress podem ser divididos em três factores de origem: Psicoeducacionais (ex. frustração), físicos (ex. doença somática) e biológicos (ex. má nutrição). Os efeitos do stress podem ser positivos, pois este produz um nível óptimo de exigência de forma a aumentar o desempenho. Efeitos negativos do stress podem ser, por exemplo, a fadiga e tensão muscular (50). A situação de stress pode afectar um sujeito isolado, toda a família, um grupo mais extenso ou até mesmo uma comunidade inteira (40). Os efeitos do stress excessivo e contínuo não se limitam a meras consequências na saúde do indivíduo, interferindo também na qualidade de vida e produtividade. Assim, a intervenção terá efeitos que vão muito além do próprio sujeito e revela a atenção de que é alvo na compreensão das causas e sua redução.

O foco de enfermagem stress é entendido como uma consequência prejudicial para os pais e não como mecanismo adaptativo. Não é partilhada a ideia de estratégia de *coping*, mas sim como a caracterização de um estado em que o individuo se encontra.

Ao longo dos tempos, as relações entre as dimensões afectivas negativas, ansiedade e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão.

A ansiedade e depressão são difíceis de diferenciar empiricamente (51). Os autores propõem um modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira estrutura que designam por distress ou afecto negativo, inclui sintomas relativamente inespecíficos, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos e incluem ainda humor deprimido e ansioso assim como insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. Para além deste factor inespecífico a ansiedade e a depressão constituiriam as outras duas estruturas, com a tensão somática e a hiperactividade como específicas da ansiedade, e a anedonia e a ausência de afecto positivo como relativamente específicas da depressão.

2.6 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

Vários estudos se têm realizado em torno da temática da criança hospitalizado e da necessidade dos pais em termos de apoio emocional, uma vez que a hospitalização de uma criança, é uma experiência traumática e geradora de grande stress quer para a criança, quer para os próprios pais. Valorizar esta situação de crise e transição significa estarmos atentos às mudanças na vida da criança e dos pais, que requerem a mobilização de competências que dêem resposta às suas necessidades.

Num estudo realizado por Jorge (13), sobre as respostas humanas da família face à hospitalização da criança (respostas de stress, coping, pedidos em cuidados de enfermagem) reforça mais uma vez que a hospitalização da criança traz dificuldades essencialmente a nível familiar e, mais relacionadas com o filho doente e os outros filhos, imaginando como suporte a família nuclear e de origem. Por outro lado, atendendo a que a grande preocupação é a doença do filho, o facto de estar hospitalizado, poderá significar para a família que a situação se está a encaminhar para a resolução. Foi possível verificar neste estudo que as grandes fontes de stress na família foram os filhos doentes, o hospitalizado e os outros. As famílias revelaram elevada capacidade de utilização das estratégias de *coping* recorrendo à estratégia interna de reenquadramento e também às externas para resolução dos problemas. Perante a preocupação com a doença parece mais importante para os pais a relação empática que propriamente os cuidados orientados para o filho, pois esta relação permite estimular competências para que se sintam mais capazes para continuar a ser pais das suas crianças. É que, o sentimento de impotência e perda de controlo sobre tudo o que se passa com o filho gera sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança.

O mesmo trabalho sugere que nas fontes de stress extra-familiar, as mais referenciadas ligam-se à hospitalização propriamente dita realçando-se o facto de não residirem na zona de abrangência do hospital e não ter tido hospitalizações anteriores. Como fonte de suporte familiar, o recurso à família nuclear e de origem, encontra-se associado a famílias mais jovens, que vivem no meio rural, com previsão de hospitalização de duração média e com crianças que já estiveram hospitalizadas. A nível extra-familiar não são referenciadas muitas dificuldades, assim como, fontes de suporte. Isto pode levar a pensar que a aprendizagem e vivência de situações anteriores

permitiram uma auto-organização do sistema familiar e uma melhor preparação para enfrentar acontecimentos semelhantes.

Um outro estudo realizado por Viana [et al] (52), onde é facultar apoio psicológico a mães que acompanhavam os seus filhos hospitalizados, sugere que o apoio emocional prestado às mães e pais, de crianças internadas em situação mais ou menos grave, é reconhecido por todos os intervenientes na saúde infantil como uma necessidade, dadas as vantagens para a criança e para a mãe, a curto e longo prazo. Referem ainda que em comparação com outras, as mães apoiadas do ponto de vista emocional mostram-se mais auto-confiantes, menos preocupadas com o estado dos filhos, identificam mais recursos de apoio, e percebem a patologia dos filhos como menos negativa. Este apoio, quando fornecido cedo diminui a necessidade no futuro de recurso a serviços de saúde mental e social. Os autores comprovam ainda que as mães que se sentiam apoiadas pelos companheiros, pelas suas próprias mães, pais e irmãos, viviam os períodos mais críticos com menor angústia e maior optimismo do que as que se sentiam desamparadas pelos familiares.

Num estudo realizado por Sabatés & Borba (23), sobre a necessidade de informação dos pais no decorrer do internamento dos filhos, refere que quando a comunicação entre enfermeira e pais é eficiente, reduz a ansiedade dos pais e aumenta a aceitação desses na situação da doença e de hospitalização da criança, facilitando o regime de tratamento e favorecendo o processo de doença, contribuindo para o crescimento enquanto indivíduo, recomendando programas de apoio aos pais. Atitudes de empatia na relação entre a enfermagem e as mães poderão criar um ambiente no qual elas se sintam mais seguras e fortalecidas para enfrentar a hospitalização do filho.

Reis, num estudo realizado em 2007 (11) sobre as expectativas dos pais durante a hospitalização da criança, reforçar que a hospitalização da criança implica uma crise de identidade parental com indefinição dos pais daquilo que podem ou não fazer e/ou daquilo que os profissionais esperam que eles façam. Dar atenção às suas expectativas tendo em conta as necessidades procurando a negociação de papéis facilita a sua adaptação e reduz o potencial conflito entre os enfermeiros e os pais. O tipo de suporte emocional que lhes é oferecido, as condições de alojamento, nomeadamente, terem um lugar para ficar junto do filho na unidade de internamento e a oportunidade de poderem cuidar também dos outros filhos ou família são considerados pelos pais necessidades importantes e que esperam do hospital uma resposta mais adequada.

Um estudo, sobre sofrimento psíquico dos familiares de crianças hospitalizadas, realizado por Milanesi & Collet (53), reforça a importância do apoio emocional à família de forma a diminuir o seu sofrimento psíquico. É necessário trabalhar com o familiar o porquê do seu filho encontra-se hospitalizado, qual a sua doença e de que maneira ele pode ter uma participação activa nos cuidados prestados a criança contribuindo para seu tratamento.

Num estudo levado a cabo por Baião (54), que caracteriza o *stress* parental experimentado por mães e pais de bebés prematuro, conclui que as mães de bebés prematuros revelam, contrariamente ao esperado, níveis de *stress* mais baixos dos de um grupo de comparação que inclui mães de bebés da mesma idade mas sem prematuridade. A autora faz referência à literatura, em que os resultados obtidos poderão estar relacionados com o estado clínico favorável dos bebés-alvo, tendo este sido demonstrado como um factor importante no modo como a figura parental lida com a prematuridade. Aliado a isto, também poderá ser influente o apoio emocional prestado às mães dos bebés internados no Serviço de Neonatologia do hospital onde foi a amostra recolhida. Este apoio, prestado quer pela equipa médica quer pelas psicólogas do serviço, foca-se na melhoria da relação entre a figura parental e o bebé, mas também ajuda os pais a acederem e a fazerem uso de estratégias e recursos que lhes permitem reagir positivamente à condição do/a filho/a, auxiliando-os ainda nas dúvidas e dificuldades sentidas aquando da prestação de cuidados ao bebé, reforçando o seu sentido de competência parental e auto-confiança.

O mesmo trabalho salienta igualmente, que a idade das mães, a etnia e o número de filhos foram variáveis a ter em conta nos níveis de *stress* experimentados, pelo menos em algumas áreas, e na percepção da prematuridade que as mães constroem. Especificamente, as mães mais velhas e as que têm um maior número de filhos percebem o bebé como colocando mais exigências, e as mães africanas referem mais *stress* associado com as características da criança e a aceitação desta. Ser mãe mais velha associa-se ainda com mais sintomas depressivos, enquanto ser africana, e ter mais filhos associa-se também com maior número de acontecimentos de vida geradores de *stress*.

Barradas (55), efectuou um estudo onde analisou os sentimentos, necessidades e estratégias dos pais de recém-nascidos prematuros no exercício da sua parentalidade quando os filhos estão internados. Chegou à conclusão que os pais sentem uma grande necessidade de ajuda / apoio ao serem confrontados com esta situação de internamento

dos seus recém-nascidos, apoio este tanto a nível familiar como dos profissionais de saúde do serviço. Salienta ainda para a importância das relações pais / equipa de saúde / instituição. Neste estudo os pais apresentaram como principal estratégia de redução da ansiedade a sua presença junto do recém-nascido, considerando-a benéfica para eles próprios e para o recém-nascido pois transmite-lhes segurança e apoio;

2.7 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Os pais acompanhados com intervenções de ajuda, neste caso concreto restringiu-se a mães, estavam a acompanhar os filhos que se encontravam hospitalizadas no Serviço de Pediatria do Hospital de Santarém, no período de 1 de Janeiro de 2009 a 30 de Maio de 2010. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Pais que estivessem a acompanhar o filho durante a hospitalização;
- Pais de crianças com idades compreendidas entre 1 mês de idade e os catorze (14) anos;
- Pais referenciados pela equipa de Enfermagem do Serviço.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

3.1 - OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A intervenção profissional junto das mães de crianças hospitalizadas teve como objectivos identificar situações de *stress*, ansiedade e depressão nestas. Posteriormente à identificação dos focos de Enfermagem, a minha intervenção foi no sentido de facilitar a comunicação nas mães, estimular a expressão de sentimentos, medos, crenças e a exposição de problemas pessoais, familiares, sociais, etc. Pretendi estabelecer com as mães uma relação de ajuda, assente na confiança e empatia, de forma a identificar e dissecar o problema precipitador de *stress*, ansiedade e depressão, assim como sentimentos negativos, facilitando a utilização dos recursos emocionais no subsistema conjugal e sistema familiar, que melhorassem o funcionamento emocional face à situação. Conseguir mobilizar recursos pessoais e familiares de apoio é uma das vertentes determinantes do desfecho da intervenção (52).

3.2 - OBJECTIVOS DO TRABALHO

Orientado por objectivos de natureza descritiva, o trabalho insere-se numa abordagem do tipo exploratório não experimental, pois circunscreve-se a um grupo de mães sobre as quais se pretende efectuar uma pesquisa aprofundada acerca de um problema específico, sem manipulação das variáveis independentes.

Nesta sequência, foram traçados os seguintes objectivos:

- Avaliar as respostas humanas das mães face à hospitalização das crianças (ansiedade, depressão e *stress*);
- Identificar a relação existente entre as características sócio-demográficas das mães e as respostas humanas face à hospitalização das crianças.
- Identificar a relação existe entre as características das crianças e as respostas humanas das mães.
- Identificar a relação existe entre as características da hospitalização das crianças e as respostas humanas das mães.

4. DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Como clínica na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a desenvolver a Enfermagem de ligação no Serviço de Pediatria no apoio aos pais das crianças hospitalizadas, ao longo do percurso profissional duas preocupações têm co-existido: por um lado o sofrimento da criança e família face a situações de doença; por outro lado, a atitude que os enfermeiros deverão assumir para minimizar o sofrimento, as preocupações e as dificuldades sentidas pelos pais, face a uma situação frequentemente inesperada.

Desde há alguns anos que foi considerado prioritário em Portugal o atendimento da criança, baseado nos indicadores de saúde infantil que, comparados com os outros países da Europa, colocavam Portugal na cauda, ou seja, nos últimos lugares. Foi criado um Programa de Protecção Materno Infantil com o objectivo de estudar as deficiências nesta área e desenvolver projectos que visassem pôr em prática medidas adequadas à sua resolução, com repercussões na melhoria dos indicadores de saúde: mortalidade infantil, neonatal e por fim o perinatal. Se por um lado, os indicadores de mortalidade infantil têm vindo a melhorar, muito há a fazer no sentido de melhorar os índices de morbilidade, particularmente os relacionados com situações evitáveis pela prevenção.

No entanto, muitas situações não conseguem ainda ser evitadas quer através do aconselhamento genético quer através de medidas de prevenção e promoção da saúde ou, ainda, por mecanismos que ainda não podem ser controlados. Assim a situação de hospitalização poderá ser inevitável, tendo em vista a reparação de algum transtorno físico, psicológico ou mesmo social.

Este acontecimento traz repercussões e mudanças importantes no sistema familiar, que necessitam ser conhecidas pelos profissionais de saúde para que possa ser assumida uma atitude adequada àquela família.

4.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções desenvolvidas tiveram como finalidade a “globalidade biopsicossocial” da família, orientadas para potenciar ao máximo as suas capacidades de

auto-cuidado (37), uma vez que a família detém recursos e meios individuais ou colectivos que lhe permitem ultrapassar os acontecimentos stressantes e resolver as suas crises desenvolvimentais. No entanto, em situações imprevisíveis, podem ficar bloqueados tornando-a mais vulnerável, cabe então ao enfermeiro ajudar a família a construir novas forças necessárias à adopção de caminhos e atitudes positivos em relação ao futuro.

Uma vez que cada família apresentou necessidades diferentes no que se refere à hospitalização do filho, assim, foi efectuada uma abordagem individualizada, proporcionando um mínimo de estabilidade e familiaridade dentro da situação que está vivendo. Desta forma, como resposta terapêutica à ansiedade, depressão e *stress* das mães face ao internamento das crianças hospitalizadas, desenvolvi a técnica de relação de ajuda, intervindo assim nos focos de enfermagem identificados.

Esta relação desenvolveu-se no decurso de uma entrevista que visou a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano (9). Nesta relação de suporte e de acompanhamento, pretendi ajudar a família a “operar o seu ajustamento pessoal a uma situação na qual não se adaptaria sem o suporte ou o apoio de um terceiro” (9:109).

Na interacção com as mães, pretendi favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. A interacção permitiu-me conhecer e compreender a pessoa.

O modelo de intervenção desenvolvido no decorrer do processo de interacção, ou seja no decorrer da relação de ajuda, foi o seguinte:

a) Contacto com a mãe/pai, desenvolvendo uma relação de confiança e empática, de modo a facilitar a intervenção. Nesta fase a exploração de aspectos da esfera sócio-económica e cultural permitiu um conhecimento da situação familiar, dificuldades do casal, problemas diversos, mas também uma identificação de recursos e potencialidades a serem usadas posteriormente.

b) Identificação do problema e análise dos seus aspectos particulares. Tratava-se aqui de investigar a crise actual, assim como a perspectiva e interpretação da mãe/pai. Interessava também conhecer experiências anteriores do mesmo tipo e os modos, ou estratégias, usados para resolvê-las. Foram ainda identificados os sentimentos ou crenças desajustadas apresentados pela mãe/pai, tais como: sentimentos de culpa e de

inferioridade, etc. Na maior parte dos casos observados, o problema estava relacionado com o choque da doença e o facto do filho(a) ter de ficar internado.

c) Identificação, selecção e implementação de estratégias de confronto com o problema, procurei encontrar com a mãe/pai, novas formas de diminuir as consequências da situação ou de aumentar a sua competência para lidar com o problema, melhorando o nível do funcionamento global. Quase sempre a família apresentou fortes recursos de apoio, noutros casos os sentimentos religiosos proporcionavam a esperança numa solução.

Tive em consideração no decorrer do processo de ajuda e de acordo com o que está preconizado na NIC (35) determinadas acções, que me permitiram avaliar posteriormente a intervenção, foram elas: 1) A identificação da atitude da mãe/pai em relação à situação do filho; 2) A não valorização de sentimentos pessoais evocados pela mãe/pai que pudessem causar um impacto negativo sobre as interações terapêuticas; 3) A criação de um clima de confiança; 4) Proporcionar conforto físico antes das interações; 5) A discussão das informações partilhadas, quando apropriado; 6) A monitorização das informações não-verbais da mãe/pai; 7) Estar atenta ao conteúdo das mensagens não-verbais; 8) Reagir às mensagens não-verbais da mãe/pai, quando apropriado; 9) Adaptar a distância física entre mim e mãe/pai, quando apropriado; 10) Manter uma postura corporal correcta; 11) A utilização de períodos de silêncio para demonstrar interesse, conforme apropriado; 12) Demonstrar à mãe/pai o meu interesse neles como pessoa, quando apropriado; 13) Mostrar a autenticidade, a escuta activa, empatia, congruência, imediaticidade e confrontação quando apropriado; 14) Estabelecer uma concordância mutuamente aceita quanto ao horário e à duração dos encontros, quando apropriado; 15) Auxiliar a mãe/pai a identificar sentimentos como raiva, ansiedade, hostilidade ou tristeza que impeçam a capacidade de interagir com outras pessoas; 16) Estabelecer limites de comportamento aceitável durante as sessões terapêuticas, quando apropriado; 17) Utilização da clarificação durante a interacção; 18) Identificação de tópicos de mútuo interesse; 19) Apresentar-me às pessoas significativas da mãe/pai, quando apropriado; 20) Estabelecer o horário da próxima interacção antes da despedida; 21) O Resumo da conversa ao final da interacção e sua utilização como ponto de partida de futuras conversas; 22) Retomar no Horário combinado para demonstrar seu interesse pelo paciente; 23) Preparar o término da relação, quando apropriado; 24) Mobilizar o reforço positivo durante a relação; 25) Intervir junto da equipa de enfermagem em relação ao plano de cuidados ao doente.

5. METODOLOGIAS

5.1 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Nos quadros seguintes são representadas as características das mães, das crianças e da hospitalização bem como a identificação das mesmas para uma escolha adequada do tratamento estatístico.

Variáveis independentes:

a) Características dos pais

O **parentesco** é definido no Dicionário de Língua Portuguesa (56: 1244) “*por ser relativo à mãe ou ao pai; vínculo que une duas pessoas, em consequência de uma delas descender da outra ou de ambas procederem de um progenitor.*”

A **idade** é um factor biológico que caracteriza o indivíduo e tem um significado muito importante em todos os estádios da vida do homem. Desde o nascimento até à morte o organismo cresce e desenvolve-se, apresentando necessidades que diferem ao longo da vida. O conhecimento da distribuição da amostra por grupos etários permite caracterizá-la analisando as variações de determinado fenómeno num ou noutro grupo de idades.

De acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional (57) consideram-se vários níveis conforme os anos de escolaridade. Na operacionalização da variável **habilitações literárias**, considerou-se o nível mais elevado concluído: Básico: 1º ciclo (1º ao 4º ano de escolaridade), 2º ciclo (5º ao 6º ano de escolaridade) e 3º ciclo (7º ao 9º ano de escolaridade); Secundário (10º ao 12º ano de escolaridade) e Superior: politécnico ou universitário.

O **estado civil** é a situação em que se encontram os indivíduos tendo em conta o código civil português. Foi operacionalizado em: casado, união marital, recasado/junto, solteiro, divorciado e viúvo. Esta variável foi considerada para caracterização da amostra e por se considerar que nestas etapas do ciclo vital da família, em que muito se exige desta, o estado civil, associado a maior ou menor estabilidade familiar pode interferir nas respostas humanas da família face à hospitalização da criança.

No que respeita à área de **residência**, foram operacionalizadas as variáveis: meio rural e urbano.

Para a variável **situação profissional** foi considerada duas categorias: empregado e desempregado.

b) Características das crianças

No que se refere às crianças hospitalizadas consideraram-se **idades** desde o primeiro dia de vida até aos 14 anos por ser um critério de admissão, no serviço onde a colheita de dados se efectuou. Perante a situação de hospitalização e, de acordo com a patologia associada ao período de vida, consideraram-se os seguintes períodos: 1) Até aos três anos de idade onde se englobam períodos de crescimento e adaptação à vida extra-uterina muito sensíveis. Inclui o período neonatal ou de recém-nascido, de zero a vinte e oito dias de vida e o período infantil ou de lactente, até um ano de idade; 2) Dos três aos nove anos que envolve o período pré-escolar e escolar; 3) Para além dos nove anos que envolve a pré-adolescência e adolescência. Desta forma, a idade da criança, se por um lado está associada a patologia específica, também a atenção e cuidados dos pais em termos de dependência, vão diminuindo à medida que a idade aumenta, podendo interferir na resposta humanas dos pais face à hospitalização desta (13).

O **número de irmãos**, foi outra variável considerada por estar estudado comportamentos diferentes por parte dos pais de acordo com as variações existentes.

Assim, relativamente aos padrões comportamentais da família perante o 2º filho, o estudo das tendências gerais de socialização por parte dos pais durante os primeiros dois anos após o nascimento do 2º filho, revelou um forte declínio da preocupação materna com este durante os primeiros 8 meses, mas um envolvimento maior ao longo do segundo ano em comparação com o primeiro filho (13).

A posição da criança no seio familiar, quer seja o primeiro, o segundo ou o terceiro filho, faz com que as experiências desta criança se efectuem num contexto único. Após o nascimento do segundo filho, a família (pai, mãe e primeiro filho) têm de efectuar um conjunto de tarefas que podem ser associadas a um maior stresse do que as experimentadas após o nascimento do primeiro filho. A experiência anterior pode também ajudar os pais a formarem uma equipa para lidar com os novos desafios e para criar uma situação mais descontraída em comparação com a situação verificada após o nascimento do primeiro filho (13).

Numa perspectiva estrutural da família, o nascimento do segundo filho cria um novo conjunto de exigências para a mãe e para o pai, mas sobretudo para o pai:

enquanto a mãe è a principal responsável, após o nascimento do primeiro filho, o pai tem de estar disponível e tem de contribuir para a estabilidade e para o bem-estar da família. O envolvimento da mãe, na prestação de cuidados ao segundo filho, se o pai prestar mais cuidados ao primeiro, reduz o *stress* causado na família Assim, esta variável poderá surgir relacionada com o tema em estudo.

c) Características da hospitalização

O **início da doença** considerou-se súbito quando a sintomatologia ocorreu numa criança anteriormente saudável ou insidioso se a criança se encontrava doente há alguns dias havendo um agravamento progressivo dos sintomas. Estas duas opções apresentarão diferentes possibilidades de adaptação da família à situação de doença.

A existência de **hospitalizações anteriores** pressupõe o contacto com o ambiente hospitalar tanto por parte da criança como dos pais e, se esta decorreu de forma positiva pensa-se que, será mais fácil aceitar e integrar um conjunto de factores para os quais já existiu uma resposta anterior.

5.2 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para dar cumprimento aos objectivos do trabalho, utilizei os seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Questionário de caracterização da amostra em estudo que incluiu dados relativos aos pais e crianças: idade dos pais e crianças, condições sócio-demográficas (estado civil, sexo, habilitações literárias, idade, situação laboral), e familiares (numero de irmãos). Incluiu ainda o conhecimento das características da hospitalização (hospitalizações anteriores, início da doença e parentesco de quem acompanha a criança).

Como instrumento de medida para o estudo foi utilizado a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) (anexo 1) é uma adaptação da Depression Anxiety Stress Scales (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (58), e foi aferida à população portuguesa (58), sendo composta por um questionário de auto-avaliação, num total de 21 itens (a versão original Inglesa comporta 42 itens). Na base desta escala está o

modelo tripartido de Watson (58) em que os sintomas de Depressão e Ansiedade se agrupam em três estruturas básicas, sendo elas: afecto negativo (com sintomas responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão), tensão somática e hiperactividade (específicas da ansiedade), e anedonia e ausência de afecto positivo (específicos da depressão).

Esta mesma escala de tipo Likert, com quatro opções de resposta, avalia três distintas dimensões, ou seja, apresenta 3 sub-escalas, sendo elas: Ansiedade, Depressão e *Stress*. Numa caracterização geral destas três sub-escalas, Lovibond e Lovibond (58) referem o seguinte: a depressão caracteriza-se, principalmente, pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Para cada perturbação psicológica, inclui-se 7 do total dos 21 itens na respectiva escala. Cada item corresponde a uma frase afirmativa (ex. Tive dificuldades em me acalmar.) que remete para sintomas emocionais negativos, em que o sujeito identifica o seu estado emocional relativamente à sua última semana, optando pelas seguintes respostas: “Não se aplicou nada a mim”; “Aplicou-se a mim algumas vezes”; “Aplicou-se a mim muitas vezes” e “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

A EADS fornece três pontuações, uma para cada sub-escala (Depressão, Ansiedade e *Stress*), em que a mínima é “0” e a máxima “21”. Para se obter o resultado de cada uma das subescalas somam-se os valores dos sete itens correspondentes. Quanto mais elevada for a pontuação mais negativos são os estados emocionais.

As perturbações depressão, ansiedade e *stress*, de acordo com a EADS-21, são perturbações psicológicas conceptualizadas e avaliadas em termos dimensionais e não categoriais, ou seja, são essencialmente diferenças de grau (sujeitos normais Vs sujeitos com perturbação psicológica) que vão de “normal” a “muito grave”.

Através da análise factorial e de acordo com conceitos clínicos, os itens agruparam-se, nas três dimensões, da seguinte forma:

Depressão – item 3, 5,10, 13,16, 17 e 21; Ansiedade – item 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e o *Stress* – item 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Para cada uma destas sub-escalas foram utilizados os seguintes construtos:

Depressão – Disforia (item 13); Desânimo (item 10); Desvalorização da vida (item 21); Auto-depreciação (item 17); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Anedonia (item 3) e Inércia (item 5).

Ansiedade – Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); Efeitos músculo esqueléticos (item 7); Ansiedade situacional (item 9); Experiências subjectivas de ansiedade (itens 15 e 20).

Stress – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); Excitação nervosa (item 8); Facilmente agitado/chateado (item 18); Irritável/reacção exagerada (itens 6 e 11); Impaciência (item 14).

5.3 - PROCEDIMENTO

A recolha de dados foi realizada entre Janeiro de 2009 e Maio de 2010, no Hospital de Santarém, nomeadamente, no Serviço de internamento de Pediatria. O questionário foi preenchido pelas mães que acompanhavam o filho(a) internado. Foi explicando a finalidade e os objectivos principais do estudo a cada participante, e obtido o consentimento informado.

Para concretização da colheita de dados foi pedida autorização à entidade máxima da instituição (anexo 2). Após a autorização para a realização do estudo foram contactadas a Directora de Serviço de Pediatria e a Enfermeira Chefe no sentido de explicar o seu objectivo. A colheita de dados envolveu os pais das crianças hospitalizadas.

A colheita de dados efectuou-se no primeiro contacto com as mães e registados no processo clínico da criança. O questionário EADS-21 foi entregue às mães para auto-preenchimento e justificada a necessidade de ler cuidadosamente as notas explicativas e de responder a todos os itens.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 - CARACTERÍSTICAS DOS PAIS

Participaram neste estudo 47 mães que acompanharam os filhos hospitalizados. A média de idade das mães é de 33,17 anos (DP= 6,66), variando entre os 16 anos e os 50 anos.

Relativo à variável parentesco de quem acompanha a criança, incluída no instrumento de colheita de dados, não é efectuada qualquer referência a valores absolutos atendendo a que, durante o período de colheita de dados, somente as mães/mulheres acompanharam as crianças da amostra. Apesar de a legislação prever a permanência de acompanhante da criança, independentemente do sexo, no período de recolha de dados estiveram somente as mães o que não significa que estas crianças, ao longo da hospitalização, não usufríssem também da presença do pai ou outros elementos significativos. A maior representatividade de indivíduos do sexo feminino no acompanhamento dos filhos hospitalizados, também foi confirmada no estudo de Jorge (13). A autora afirma que culturalmente, continua, ainda, a ser atribuído um maior peso de responsabilidade à mulher, relativamente ao acompanhamento da criança nos momentos em que esta necessita de mais cuidados particularmente nos períodos de doença. Um outro estudo realizado por Pedro (59), faz referência como sendo a mulher em 70% dos casos que assume a função de cuidados ao membro doente, no papel da mãe, fruto de influências culturais.

Constatou-se que a maioria das mães têm o 3º Ciclo do ensino básico (23,4%) e 10 mães concluíram o ensino superior (21,3%). Com o 1º Ciclo e 2º ciclo, temos em igual número, 9 mães (19,1%), e 8 mães com o secundário (17%).

No que diz respeito ao estado civil, quarenta são casadas ou vivem em união de facto (85,1%), seis são divorciadas (12,8%) e uma é viúva (2,1%).

Relativamente à residência das mães, mais de metade 57,4% vive em meio rural, as restantes (42,6%) são vivem em urbana.

Quanto à situação profissional, sobressai que, no momento da recolha dos dados, a maioria das mães (57,4%) encontravam-se empregadas, estando as restantes desempregadas (42,6%).

6.2 - CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS

No que diz respeito à idade das crianças hospitalizadas, a média de idades é de 3,13 anos (DP= 1,895), variando entre 1 mês de vida e os 14 anos.

Relativo ao número de irmãos, este varia entre nenhum e três, verificando-se que 42,6% das crianças são filhos únicos, número que se repete para as crianças que tem pelo menos um irmão, sendo menos representativo o número mais elevado de irmãos.

6.3 - CARACTERÍSTICAS DA HOSPITALIZAÇÃO

Passando agora aos dados específicos da hospitalização, verifica-se que a maioria das crianças não tinha tido hospitalizações anteriores (85,1%) o que está associado ao tipo de patologia e início da doença, sendo de aparecimento súbito em 83,0% dos casos.

6.4 - RESPOSTAS HUMANAS DAS MÃES

Analisando o quadro 1, que reporta para a análise descritiva da nossa amostra, verificamos estar perante uma distribuição normal, uma vez que os valores de Skewness (assimetria) e Kurtosis (achatamento) encontram-se dentro do intervalo] -1,1 [. Consequentemente, utilizei testes paramétricos para a caracterização dos resultados.

A resposta humana das mães face à hospitalização das crianças, mais representativa, foi o *stress* (M= 10,30; DP= 4,288), seguindo-se a ansiedade (M= 8,38; DP= 5,156) e por último a depressão (M= 8,11; DP= 5,503). Estes resultados vêm confirmar os resultados de vários estudos efectuados nesta área, em que a hospitalização da criança desencadeia sentimentos de insegurança, medo, depressão, *stress* e ansiedade, provocando uma crise emocional na família e são consideradas reacções normais e adaptativas. (60, 13, 61, 59).

Quadro 1 – Análise das variáveis EADS-21

<i>Variável</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
Ansiedade	8,38	5,156	,362	-,950
Depressão	8,11	5,503	,473	-,873
<i>Stress</i>	10,30	4,288	,202	-,192

6.5 - RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Categorizando a variável independente idade da mãe aplicou-se o One Way Anova para comparação de médias nas variáveis dependentes: ansiedade, depressão e *stress*. As mães com idades compreendidas entre os 26 e 36 anos, obtêm médias mais altas para o *stress* (M = 10,97, com DP= 3,980) e ansiedade (M= 9,17; DP= 5,176), com excepção para os sintomas de depressão, que apresenta uma média mais elevada na faixa etária superior, dos 36 aos 46 anos (M = 9,88, com DP= 5,793). (quadro 2). Constata-se que não existem diferenças significativas, embora se tenha verificado que estes dados estão de acordo com o que é referenciado na literatura, que ser mãe mais velha está associado em apresentar mais sintomas depressivos (54).

Quadro 2 – Análise comparativa das variáveis por grupos de idade das mães

	<i>16-26 anos</i>	<i>26-36 anos</i>	<i>36-46 anos</i>	<i>>46 anos</i>	<i>p</i>
	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	<i>M±DP</i>	
Ansiedade	4,80±2,280	9,17±5,176	8,71±5,499	1,00± -	,149
Depressão	3,60±2,881	8,81±5,414	9,88±5,793	1,00± -	,261
<i>Stress</i>	7,83±3,545	10,97±3,980	10,63±4,689	1,00± -	,898

Correlacionando a variável da escolaridade da mãe, com as nossas variáveis dependentes (ansiedade, depressão e *stress*), verificou-se, em todas elas, uma média mais elevada nas mães que concluíram o 3º ciclo do ensino básico (*stress* M= 11,91; ansiedade M= 9,70; depressão M= 9,45, quadro 3).

Estes resultados foram obtidos a partir do teste One Way Anova, não se encontrado diferenças significativas. No entanto estes dados vem confirmar os resultados de outros estudos, onde relacionam as habilitações literárias e respostas

humanas (ansiedade, *stress* e depressão), concluindo-se que as últimas assumem-se de forma mais expressiva em elementos da amostra que possuem habilitações literárias iguais ou inferiores ao 9º ano de escolaridade (62). Yonkers (63), refere como factor de risco para a depressão o nível de instrução abaixo do ensino secundário. Numa tentativa de explicação deste facto, Vaz Serra (49) refere que o grau de instrução determina comumente a forma como a pessoa se descreve. Se o grau de educação é elevado as queixas tendem a ser «intelectualizadas», enquanto os grupos iletrados incidem a sua atenção nas perturbações físicas.

Quadro 3 – Análise comparativa das variáveis pelas habilitações literárias das mães

	<i>1º ciclo</i> <i>M±DP</i>	<i>2º ciclo</i> <i>M±DP</i>	<i>3º ciclo</i> <i>M±DP</i>	<i>Secundário</i> <i>M±DP</i>	<i>Superior</i> <i>M±DP</i>	<i>p</i>
Ansiedade	9,50±2,726	6,63±5,181	9,70±5,397	6,71±5,499	8,78±6,457	,621
Depressão	8,00±4,528	6,44±5,151	9,45±6,121	8,33±4,457	8,10±6,967	,841
<i>Stress</i>	10,56±3,358	9,00±3,428	11,91±4,949	9,38±4,749	10,20±4,803	,612

Da análise do quadro nº 4, observa-se que o *stress* continua a ser a dimensão percebida mais afectada, com uma média mais elevada para o estado civil de viuvez ($M=12,00$). As mães casadas são as que apresentam valores mais elevados de ansiedade ($M= 8,67$, com $DP= 5,259$). Isto poderá indicar que os níveis de comprometimento, responsabilidade, aliados à pressão social, podem influenciar positivamente a ansiedade das mães. Por sua vez, o estado civil, divorciada tem uma correlação mais elevado na depressão ($M= 10,00$, com $DP= 5,431$). Estes resultados foram obtidos a partir do teste One Way Anova, não se encontrando diferenças significativas. As mulheres casadas apresentam uma maior incidência de doenças mentais (ansiedade, depressão e *stress*), do que as solteiras, exceptuando-se as mulheres separadas ou divorciadas (62). Estes dados estão de acordo com o estudo, as mães casadas foram as que apresentaram uma média mais elevada de ansiedade, as mães divorciadas apresentaram uma média maior na depressão e o *stress* esteve mais presente nas mães viúvas.

A história matrimonial exerce enormes efeitos na prevalência das perturbações depressivas. Pessoas casadas e que nunca se divorciaram têm menor prevalência de

depressão (64). No entanto as mulheres divorciadas têm apresentado uma taxa de prevalência de depressão superior, o mesmo sucedeu na amostra do estudo.

Quadro 4 – Análise comparativa das variáveis pelo estado civil das mães

	<i>Casada</i> <i>M±DP</i>	<i>Divorciada</i> <i>M±DP</i>	<i>Viuva</i> <i>M±DP</i>	<i>P</i>
Ansiedade	8,67±5,259	7,20±4,817	4,00± -	,716
Depressão	7,85±5,603	10,00±5,431	9,00± -	,450
<i>Stress</i>	10,40±4,488	9,33±3,204	12,00± -	,389

Para análise dos resultados relativos às variáveis ansiedade, depressão e *stress* com a residência das mães, realizou-se o T-test de Student, onde mais uma vez não existe diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis dependentes e a residência das mães. Verificou-se uma média de *stress* mais elevado nas mães que vivem em meio urbano (Média=11,05, com DP= 4,488) das que vivem em meio rural (Média=9,74, com DP= 4,166), ao contrário da ansiedade (Média=8,67, com DP= 5,088) e depressão (Média=8,19, com DP= 6,020) com médias superiores para as mães que vivem em meio rural (quadro 5). O facto de as mães não residirem na zona de abrangência do hospital influencia positivamente o seu estado emocional (13). Neste estudo constatou-se que as mães que vivem no meio rural, fora da área de abrangência do hospital, são as que apresentam níveis mais elevados de sinais de depressão e ansiedade.

Quadro 5 – Análise comparativa das variáveis pela residência das mães

	<i>Urbano</i> <i>M±DP</i>	<i>Rural</i> <i>M±DP</i>	<i>P</i>
Ansiedade	8,00±5,369	8,67±5,088	,831
Depressão	8,00±4,865	8,19±6,020	,055
<i>Stress</i>	11,05±4,442	9,74±4,166	,900

Correlacionando as variáveis dependentes com a situação profissional da mãe, constata-se pela análise do quadro 6, que as mães desempregadas, relativamente às mães

empregadas são as que apresentam pontuações mais satisfatórias nas três dimensões da EADS-21 (apesar das diferenças não serem significativas, com aplicação T-test). O *stress*, foi o sintoma mais representativo, com uma média de 10,50, a ansiedade 8,89 e a depressão 8,85. A profissão parece ser protectora para as manifestações psíquicas, estatutos sócio económicos mais desfavorecidos resulta em níveis mais elevados de *stress*, ansiedade e depressão (54). Estes dados reforçam os resultados do estudo, em que as mães desempregadas, com estatutos sócio-económicos mais desfavorecidos, foram as que apresentaram maiores níveis de *stress*, ansiedade e depressão.

Quadro 6 – Análise comparativa das variáveis pela situação profissional das mães

	<i>Empregada</i> <i>M±DP</i>	<i>Desempregada</i> <i>M±DP</i>	<i>p</i>
Ansiedade	8,00±4,881	8,89±5,603	,523
Depressão	7,52±5,189	8,85±5,923	,531
<i>Stress</i>	10,15±4,267	10,50±4,419	,989

Um outro dado interessante refere-se à idade das crianças hospitalizadas. Nesta variável, o grupo de crianças com mais de 12 anos (apesar de as diferenças não serem significativas com realização teste One Way Anova), é aquele que apresenta pontuações mais satisfatórias nas dimensões ansiedade (M= 10,29; DP= 5,908) e depressão (M= 10,38; DP= 6,423) da EADS-21. A dimensão *stress* tem uma média mais elevada de 11,43 para as mães de crianças na faixa etária dos 9-12 anos (quadro 7). Contrariamente ao esperado, mães de crianças mães velhas são as que apresentam níveis de *stress*, ansiedade e depressão mais elevados. As as mães de bebés revelaram, contrariamente ao esperado, níveis de *stress* mais baixos dos de um grupo de comparação que inclui mães de crianças mais velhas (54). Tendo em conta a literatura, os resultados obtidos poderão estar relacionados com o estado clínico favorável dos bebés-alvo.

Quadro 7 – Análise comparativa das variáveis por grupos de idade das crianças

	<1ano <i>M±DP</i>	1-3 anos <i>M±DP</i>	3-6 anos <i>M±DP</i>	6-9 anos <i>M±DP</i>	9-12 anos <i>M±DP</i>	>12 anos <i>M±DP</i>	<i>p</i>
Ansiedade	8,36±5,887	8,67±3,775	6,75±7,544	5,75±2,630	8,57±5,224	10,29±5,908	,259
Depressão	6,38±4,700	8,10±5,801	8,00±6,928	6,33±4,041	9,57±5,711	10,38±6,413	,772
<i>Stress</i>	10,62±4,646	10,10±3,291	9,80±3,633	8,25±2,630	11,43±5,381	10,38±5,528	,530

Compararam-se os valores de depressão, ansiedade e *stress* com o número de irmãos das crianças hospitalizadas, pela análise do quadro 8 verificou-se que a dimensão *stress* tem uma média mais elevada, de 12,50 nas mães em que as crianças têm mais 2 irmãos. A dimensão depressão apresenta uma média de 8,37 nas mães em que as crianças têm apenas 1 irmão.

Apesar de não existirem diferenças significativas, os resultados apresentados estão de acordo com os estudos (54, 13), em que ter mais filhos associa-se a um maior número de acontecimentos stressantes. A hospitalização da criança traz dificuldades essencialmente a nível familiar e, mais relacionadas com o filho doente e os outros filhos, imaginando como suporte a família nuclear e de origem (13). Foi possível verificar neste estudo que as grandes fontes de *stress* na família foram os filhos doentes, o hospitalizado e os outros.

Na ansiedade, ao contrário das outras dimensões, temos uma média mais elevada ($M=9,44$; $DP= 4,938$) nas mães de filho único, ou seja o filho que está hospitalizado.

Quadro 8 – Análise comparativa das variáveis por número de irmãos das crianças

	<i>nenhum</i> <i>M±DP</i>	<i>1</i> <i>M±DP</i>	<i>2</i> <i>M±DP</i>	<i>3</i> <i>M±DP</i>	<i>p</i>
Ansiedade	9,44±4,938	8,12±5,7970	6,50±4,509	6,00±3,464	,592
Depressão	7,89±5,675	8,37±5,927	8,00±2,160	8,00±7,211	,995
<i>Stress</i>	10,80±4,086	9,60±4,806	12,50±3,109	8,67±3,055	,527

O quadro 9 representa a comparação entre as médias das variáveis dependentes com a forma como a doença se manifestou nas crianças, aplicou-se o T-test de Student onde mais uma vez não se verificou diferenças significativas. Constatou-se que a dimensão *stress* e a depressão têm uma média mais elevada nas manifestações de doença de início insidioso (*stress* $M= 12,50$; $DP= 5,767$ e depressão $M= 9,29$; $DP=$

7,017) ao passo que a ansiedade tem valores mais elevados na doença de início súbito (M= 8,41; DP= 4,924). Estes dados vem confirmar os resultados de um estudo realizado por Pereira e Lopes (65), os autores referem que após o primeiro impacto do diagnóstico da doença, os pais passam por uma fase tipicamente caracterizada por um período de ansiedade, raiva, protesto, associado com sentimentos de culpabilização.

A fase de início insidioso, corresponde neste estudo às doenças crónicas, nesta fase ocorre o reconhecimento de que a condição de doença crónica existe. Nesta fase podem surgir sentimentos de depressão, desespero e isolamento, no qual prevalece e encontra-se exacerbado um sentimento de vulnerabilidade e solidão associado a um sentido marcado de perda (65). Nesta fase de doença foram manifestados sentimentos de *stress* por parte das mães, pressupõe-se que esteja relacionado com o facto de uma nova confrontação com o processo de hospitalização. A experiência da família de doença e/ou hospitalização, pode conduzir a situação de crise ou numa situação de crescimento ou maturação da família (59).

Nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afectivas requerem dos pais e família uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado existe um período de maior adaptação (13).

Quadro 9 – Análise comparativa das variáveis por início da doença da criança

	<i>Súbito</i> <i>M±DP</i>	<i>Insidioso</i> <i>M±DP</i>	<i>p</i>
Ansiedade	8,41±4,924	8,25±6,431	,379
Depressão	7,89±5,265	9,29±7,017	,253
<i>Stress</i>	9,85±3,877	12,50±5,767	,071

Um outro dado analisado refere-se à experiência das mães face a hospitalizações anteriores do filho doente. Nesta variável, o grupo que referiu ter tido experiências com hospitalizações anteriores do filho doente (apesar de as diferenças não serem significativas com realização T-test de Student), é aquele que apresenta pontuações mais satisfatórias nas dimensões *stress* e depressão da EADS-21 (*stress* M= 10,71 e DP= 4,889 e depressão M= 9,29 e DP= 6,525). Na ansiedade o mesmo não sucedeu, as mães

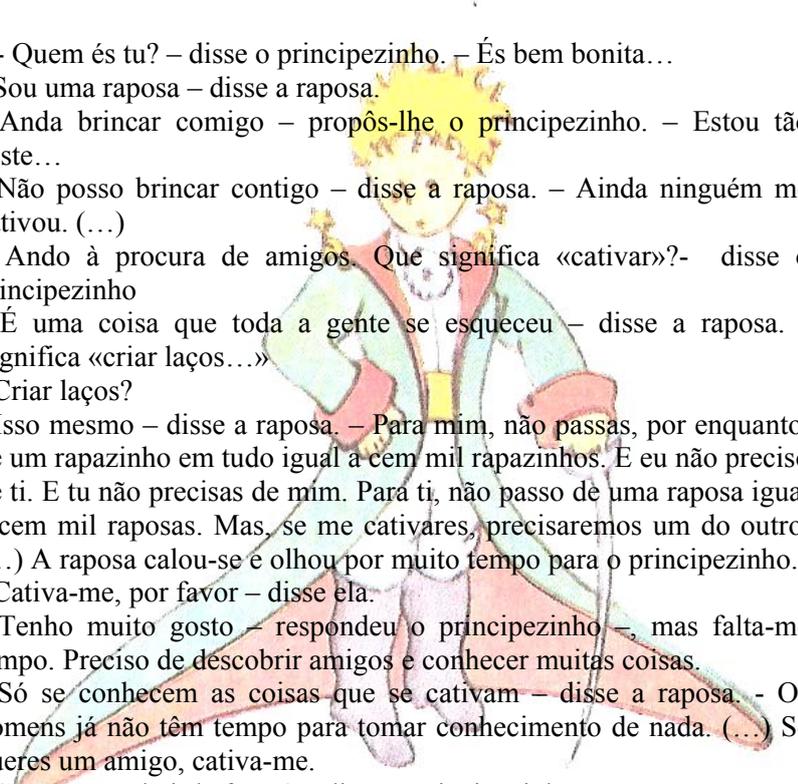
sem experiência de hospitalizações do filho apresentaram pontuações mais elevadas, com uma média de 8,66 (quadro 10).

O estudo levado a cabo por Jorge (13), sugere que as mães sem experiência em hospitalizações anteriores foram as que apresentaram maiores níveis de *stress*, comparado com as mães que tinham já vivenciado a experiência da hospitalização do seu filho.

Quadro 10 – Análise comparativa das variáveis por hospitalizações anteriores da criança

	<i>Sim</i> <i>M±DP</i>	<i>Não</i> <i>M±DP</i>	<i>P</i>
Ansiedade	7,00±5,802	8,66±5,064	,967
Depressão	9,29±6,525	7,89±5,367	,559
<i>Stress</i>	10,71±4,889	10,23±4,240	,646

7. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO



“ - Quem és tu? – disse o principezinho. – És bem bonita...
- Sou uma raposa – disse a raposa.
- Anda brincar comigo – propôs-lhe o principezinho. – Estou tão triste...
- Não posso brincar contigo – disse a raposa. – Ainda ninguém me cativou. (...)
- Ando à procura de amigos. Que significa «cativar»?- disse o principezinho
- É uma coisa que toda a gente se esqueceu – disse a raposa. - Significa «criar laços...»
- Criar laços?
- Isso mesmo – disse a raposa. – Para mim, não passas, por enquanto, de um rapazinho em tudo igual a cem mil rapazinhos. E eu não preciso de ti. E tu não precisas de mim. Para ti, não passo de uma raposa igual a cem mil raposas. Mas, se me cativares, precisaremos um do outro. (...) A raposa calou-se e olhou por muito tempo para o principezinho.
- Cativa-me, por favor – disse ela.
- Tenho muito gosto – respondeu o principezinho –, mas falta-me tempo. Preciso de descobrir amigos e conhecer muitas coisas.
- Só se conhecem as coisas que se cativam – disse a raposa. - Os homens já não têm tempo para tomar conhecimento de nada. (...) Se queres um amigo, cativa-me.
- Como é que hei-de fazer? – disse o principezinho.
- Tens de ter muita paciência – respondeu a raposa. - Primeiro, senta-te um pouco afastado de mim, assim, na relva. Eu olho para ti pelo rabinho do olho e tu não dizes nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas, de dia para dia, podes sentar-te cada vez mais perto...” (66:71-73).

Início a minha avaliação com este trecho do livro “O Principezinho”. Que sentido? Pois, a raposa precisava de ser cativada para que o principezinho pudesse brincar com ela, e o mesmo sucedeu comigo e com o desenvolvimento deste trabalho. Os resultados positivos da minha intervenção junto das mães só foram possíveis porque consegui “cativar” primeiro a Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria e depois as mães que acompanhavam os filhos hospitalizados. Da mesma forma que a raposa recomendou o principezinho a primeiro sentar-se na relva afastado, o mesmo sucedeu comigo. Comecei a ir diariamente cumprimentar a equipa de Enfermagem (a questão do tempo), o que de início representava um contacto rápido com o tempo passou a prolongar-se, a equipa começou a falar-me de algumas mães e das dificuldades destas, comecei a intervir com estas e os resultados começaram a surgir. Senti que tinha conseguido “cativar” os colegas, a proximidade entre nós tornou-se mais estreita. Com

as mães sucedeu a mesma situação, no início da interação não passava de uma Enfermeira igual às restantes do serviço, mas só o facto de me sentar perto delas, numa atitude de escuta e compreensão, onde o olhar imperava o processo de comunicação foi fundamental para as conseguir “cativar” e as ajudar a mobilizar recursos internos para conseguirem mais facilmente ultrapassar este momento de crise. Foi fundamental o recurso às seguintes competências, como a disponibilidade, o respeito, a comunicação, o estabelecimento de uma relação de confiança e a formação contínua, senti necessidade de sustentar uns conhecimentos, não só a nível de algumas patologias das crianças mas também a nível de estratégias de intervenção.

Não poderia iniciar a minha avaliação sem focar este aspecto, pois considero-o preponderante no sucesso das intervenções. Tenho consciência que consegui criar laços porque expus-me e dei de mim enquanto pessoa e profissional, consegui mobilizar habilidades, como a sensibilidade, simpatia, empatia, humor, entre outras e perceber as angústias, ansiedades e lágrimas que teimavam em esconder-se nas mães. Considero que consegui passar um pouco da minha alegria para aquelas mães, apelei à gentileza e elogio para conseguir elevar a sua auto-estima. Algumas intervenções tiveram momentos tensos, com lágrimas, relatos de perdas, manifestações de medo em relação ao estado clínico do filho(a) e crises de ansiedade, mas no final revestiram-se de leveza, bem-estar e de um grande “alívio”, terminando na maioria das vezes num grande OBRIGADA por parte das mães.

Mas porquê desenvolver a Enfermagem de Ligação de Saúde Mental e Psiquiatria num Serviço de Pediatria, às mães de crianças hospitalizadas?

No ano de 2004, radiante com o facto de ter sido mãe ainda há pouco tempo, deslumbrada nas descobertas que estava a vivenciar a dois, fui confrontada com um processo de doença do meu filho que me deixou muito assustada e angustiada. Pelo facto de ser Enfermeira o meu filho não foi hospitalizado o que foi um grande alívio para mim. Mas não me posso esquecer dos momentos de grande sofrimento e angustia que vivi enquanto aguardava ansiosamente pelos resultados dos exames, da necessidade que tive em chorar e de falar com alguém. Que bom foi durante todo este processo de espera ter palavras amigas, não me esqueço da simpatia da técnica de RX, ao referir uma vivência idêntica com o filho. Por estes momentos vividos e muito sentidos urge a necessidade de facultar apoio emocional a mães que acompanham os seus filhos hospitalizados, estimulando a expressão de sentimentos, medos, crenças e a exposição de problemas pessoais, familiares, sociais, etc. Considero que este factor foi

preponderante na escolha desta intervenção e da minha dedicação não só no apoio às mães mas também na elaboração do relatório.

Ao longo destes meses da realização do estudo foram mobilizados vários indicadores que me permitiram, efectuar a avaliação das intervenções autónomas de enfermagem desenvolvidas às mães que acompanhavam as suas crianças hospitalizadas. As intervenções, como referido anteriormente, tiveram um carácter individualizado e adaptadas a cada situação em concreto de forma a minimizar os níveis de *stress*, ansiedade e depressão.

A medição regular de resultados de saúde na prática clínica, utilizando indicadores, é um instrumento indispensável para o desenvolvimento contínuo da qualidade de cuidados prestados aos utentes (47).

A opinião expressa pelas mães, foi um dos indicadores importantes mobilizados, quando no final de cada intervenção questioneei estas acerca do grau de satisfação pela intervenção (numa escala de 1 a 5) 93,62% revelaram muita satisfação pela ajuda, as restantes (6,38%) mostraram-se satisfeitas. Sugerindo que a intervenção foi importante para o equilíbrio emocional das mesmas, contribuindo para uma vivência menos dolorosa da situação.

Poderia ainda, ter aplicado a escala EADS-21 num segundo momento, mas tal só sucedeu nas mães que efectuei mais de 3 intervenções em momentos distintos, correspondeu a 21,7% da amostra, as restantes resumiu-se a 1 – 2 intervenções devido ao internamento das crianças ser de curta duração. Nas mães em que a escala foi aplicada num 2º momento, ainda com as crianças internadas e passado duas semanas após a primeira intervenção, as médias de *stress* baixaram na ordem dos 50%, o mesmo sucedeu para a ansiedade e no *stress* baixou 46%.

No decorrer da intervenção foi ainda possível avaliar o comportamento das mães face à intervenção de ajuda. Foram proporcionados momentos onde as mães puderam expressar sentimentos de medos, culpa, crenças, problemas pessoais, familiares e sociais, a maioria das mães choraram, perante esta situação dei espaço para que tal sucedesse. Os sentimentos de culpa foram os mais verbalizados, em 89,36% das mães, esta culpa é geralmente manifestada por falhas no seu papel de pais e nas expectativas de si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento da criança (12). Foi trabalhado com as mães a mobilização de recursos internos para ultrapassar esta situação, a utilização dos recursos emocionais no subsistema conjugal e sistema familiar, que melhorassem o funcionamento emocional.

Conseguir mobilizar recursos pessoais e familiares de apoio é uma das vertentes determinantes do desfecho da intervenção (52).

No segundo momento de interacção as mães mostraram-se mais calmas com uma respiração mais lenta, menos lábeis referindo ter recorrido a algumas técnicas de relaxamento que lhes tinha ensinado. Referiram que perante os procedimentos médicos aos filhos a sua reacção não foi em demasia como em situações anteriores, algumas conseguiram retirar-se da sala, quando não se sentiram calmas, e pedir ao pai que ficasse presente.

Um outro aspecto avaliado nas mães, foi a sensação de controlo que estas passaram a ter perante a hospitalização dos filhos, a doença dos filhos não deixou de ser problema, passou sim a ser encarado de outra forma. Os sentimentos de culpa também foram-se minimizando ao longo da hospitalização, não tendo a intensidade e a dimensão inicial.

O fâcies das mães no final da intervenção também era mais expressivo, com sensação de “alívio” face ao momento vivenciado. O facto de partilharem com um técnico as suas preocupações e de terem percebido o que as deixava tão ansiosas, permitiu ficarem calmas e sentirem-se com optimismo para a vida. A nível da postura também houve alterações, conseguiram adoptar uma postura mais relaxada, os ombros deixaram de estar inclinados para a frente e a cabeça passou a estar direita.

Um outro aspecto que gostaria de salientar, relaciona-se com a higiene e cuidados pessoais das mães, estas passaram a cuidar mais de si. Este aspecto foi focado com algumas mães, a importância de aproveitarem a visita de outros elementos da família para saírem do espaço hospital.

As mães de crianças seguidas num período de tempo mais alargado, ou pelo filho permanecer mais tempo internado ou por acompanhamento em Consulta de Ajuda, eram inquiridas sobre o apoio individual que obtiveram. Foram referidos sentimentos de auto-confiança, de apoio e de valorização pessoal, associados ao apoio anteriormente prestado. A opinião expressa sobre o processo era globalmente positiva.

A opinião expressa pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria revelou-se outro indicador de primordial importância, ao referirem que após a minha intervenção as mães demonstraram um melhor contacto com estes, pois em muitas situações acompanhadas sentiam a presença do enfermeiro como ameaçadora para a criança doente. Foi ainda referido uma atitude mais positiva das mães com os filhos, uma melhor colaboração no processo de cuidados e uma menor inquietação das mães quando algo ocorria com os

filhos. Ouve um Enfermeiro que referiu, “ (...) durante a noite, a diminuição nos toques na campanha são reveladores do teu trabalho” sic. Reis (11), num estudo realizado sobre as necessidades das mães, diz que as mães referem uma influência muito positiva para a participação saudável nos cuidados quando existe uma maior assertividade nas relações com a equipa de enfermagem, considero ter contribuído de uma forma positiva para que tal sucedesse.

Em síntese gostaria ainda de salientar os contributos que consegui apreender com o projecto, consegui sustentar as competências de ajuda e de comunicação com o outro. Mas este revelou-se ainda de uma enorme satisfação tanto profissional como pessoal, é muito bom quando o nosso trabalho é valorizado ainda mais quando é efectuado em prol da ajuda ao outro, originando sentimentos de felicidade e alegria interior. Conseguir mobilizar o saber científico tornando os outros mais eficazes é uma experiência única e da forma como foi sentida produziu em mim momentos de auto-reflexão. Diariamente questionei-me se agi unicamente em função das necessidades e da satisfação dos outros, ou não. Este tipo de reflexão permitiu-me melhorar a minha postura e disponibilidade a cada interacção com as mães. Segundo shön (67: 63) “O profissional reflexivo é aquele que confrontado com situações complexas e singulares actua com investigador, constrói experimentos in-sito e aprende das suas próprias experiências. Este agir profissional é uma competência que lhe permite agir no indeterminado e no imprevisível.”

Termino a avaliação por agradecer mais uma vez a todas as pessoas envolvidas neste projecto, o meu obrigada.

9. ANALISE REFLEXIVA SOBRE COMPETENCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Tenho consciência que efectuei uma progressão crescente em termo de aquisição de competências, tendo sido vários factores que contribuíram para que tal acontecesse, de ordem pessoal e circunstancial. Considero, que a minha motivação e empenho no processo de aprendizagem, foram fundamentais, aliados à minha determinação, dedicação e gosto por aprender.

Os principais contributos deste meu percurso prendem-se, sobretudo, com as competências relacionais de ajuda aqui adquiridas. Ao longo da minha vida profissional fui acumulando experiências no contacto com o outro. Contudo, ao longo do desenvolvimento das intervenções com as mães, aprofundei as competências relacionais de ajuda em torno de um constructo multidimensional, multipliquei habilidades na área de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

As competências genéricas permitiram-me conhecer melhor as mães. Considero que a minha experiência foi um factor importante. Quer a experiência profissional, nomeadamente a trabalhar na psiquiatria, quer a própria experiência de vida pessoal que confere a maturidade necessária para conseguir estabelecer uma relação de empatia;

As competências empáticas permitiram-me compreender e perceber as mães como sendo únicas, onde a maturidade profissional foi um factor preponderante, permitiu-me lidar melhor com o sofrimento das mães;

As competências de comunicação promoveram uma comunicação afectiva com as mães conjugado com as competências de contacto, onde a distancia e postura se adequaram ao momento e situação.

As pesquisas bibliográficas efectuadas contribuíram como um factor de desenvolvimento de competências que dá segurança aos saberes, permitiram consolidar conhecimentos em acções, neste caso concreto acções de ajuda.

Um outro aspecto, não menos importante, o facto da equipa de Enfermagem da Pediatria estar empenhada em ajudar aquela mãe, facilitando muito o meu empenho e trabalho com a mãe.

Através do processo de educação, que pressupõe a capacidade para gerir o processo de evolução, adaptado ao contexto escolar, profissional e pessoal, revestiram-

se de grande importância para a adoção de princípios orientadores, discernimento para o bem e para o mal e capacidade para tomar decisões criativas e eficazes.

Esta experiência, permitiu-me consolidar competências que já havia adquirido ao longo da minha vida profissional, como manter o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que sempre investi na área da formação em serviço. Demonstrar disponibilidade e ajuda perante uma mãe ansiosa, bloqueada e assustada com a situação clínica do seu filho, perante situações imprevistas e complexas, desenvolver uma interacção eficaz na assistência à mãe e família e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências e às responsabilidades sociais e éticas, no meu desempenho diário.

Penso ter sido determinante o facto de eu gostar de fazer o que faço, de gostar de ser Enfermeira que trabalha num Departamento de Psiquiatria de Saúde Mental. Considero-me satisfeita com o percurso efectuado, no entanto tenho consciência que o processo de aquisição de competências é contínuo, não termina aqui, acompanhar-me-á ao longo da minha vida profissional uma vez que “ (...) o enfermeiro jamais atingirá uma prática de excelência se se limitar à simples aplicação das técnicas aprendidas. Para atingir esse patamar ele tem de pôr a técnica ao serviço da pessoa de forma criativa, transformando assim a prestação de cuidados numa arte, e preservando deste modo a dignidade da pessoa.” (68:80).

10. CONCLUSÕES

Ao terminar este relatório impõe-se fazer uma análise retrospectiva do que representou para mim, as intervenções desenvolvidas com as mães na sua globalidade, em termos de desenvolvimento profissional e pessoal.

Foi meu objectivo para este relatório fazer uma descrição das intervenções de ajuda desenvolvidas junto das mães, reflectindo sobre a minha prestação, as opções que tomei e como estas contribuíram para a aquisição ou aprofundamento de competências na minha área de especialização.

Verificou-se, contrariamente ao esperado, que as mães de crianças mais velhas são as que apresentam maiores índices de ansiedade, depressão e *stress*, o mesmo sucede nas mães com menos escolaridade e em situação de desemprego. O facto de ter mais filhos associa-se a um maior número de acontecimentos stressantes, assim como ter tido experiências anteriores com hospitalizações. Viver em meio rural, fora da abrangência do hospital provoca nas mães índices de ansiedade e de depressão mais elevados. As crianças hospitalizadas por doença de início súbito provocaram nas mães níveis mais elevados de ansiedade, contrariamente à depressão e stress que se relacionam com doenças de início insidioso.

O trabalho desenvolvido em conjunto com a equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria, do Hospital de Santarém, trouxe-me uma grande satisfação pessoal, tanto pelo desenvolvimento de competências dentro da minha área de especialidade, como pelas parcerias, amizades e espírito de camaradagem que consegui desenvolver e que mantenho. Tive a oportunidade de conhecer outra realidade, com pessoas diferentes, formas de ser e de estar que nem sempre condiziam com as que estou habituada, não sendo nem melhores nem piores, simplesmente diferentes. Mas, o mais importante, foram as competências adquiridas e a felicidade e satisfação sentida no final de cada intervenção com as mães.

Procurei ao longo das intervenções melhorar os aspectos da comunicação e da postura, de forma a melhorar e aperfeiçoar a minha interacção. Ao longo das interacções tive sempre presente o sofrimento das mães, o quanto estava a ser difícil para estas este momento. Nenhum caso foi igual, pois cada um é diferente, respeitei sempre a unicidade de cada um.

Os resultados positivos, visíveis na satisfação de todos os intervenientes, tiveram como base a minha determinação e a forma como me entreguei a este desafio, assim como uma colaboração muito estreita com a equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria. De salientar que os colegas se empenharam em facilitar o desenvolvimento das intervenções, conduzindo-me por caminhos ricos em experiências e aprendizagem.

Penso ter conseguido reunir condições para a melhoria da qualidade dos cuidados, o que foi também contributo positivo para a minha realização profissional e pessoal, superando as minhas expectativas.

Considero que este trabalho apresenta contributos positivos para a profissão de Enfermagem, uma vez que a intervenção desenvolvida reforça que o enfermeiro tem um papel fundamental, no sentido de ajudar a família a mobilizar as estratégias que lhe permitem lidar de uma forma positiva com a situação para que, aquilo que inicialmente era emergência não se transforme em crise. A ajuda vai no sentido de promover o crescimento familiar e evitar o risco de disfuncionamento.

A avaliação dos resultados desta intervenção autónoma de Enfermagem é extremamente importante pelo que traduz e porque a partir dela pode inferir-se melhorias na qualidade de cuidados prestados às mães das crianças hospitalizadas.

São ainda evidentes as repercussões positivas para a profissão, uma vez que abriu portas para a criação da Enfermagem de Ligação de Psiquiatria e Saúde Mental a outros serviços do Hospital. Teve início na Pediatria com as mães das crianças hospitalizadas, e neste momento outros colegas desenvolveram noutros serviços, nomeadamente na consulta da Dor e no serviço de Oncologia. A receptividade tem sido muito boa, se ao início os colegas dos serviços onde era efectuada a ligação mostravam algum receio, neste momento a abertura e disponibilidade é total. A saúde mental e psiquiatria passou a ser vista com “outros olhos” pelos colegas, conseguiu-se desmistificar muitos receios. Acredito que passos como estes são importantes para o crescimento da profissão de Enfermagem.

Todos os contributos obtidos através desta experiência, tem repercussões nos cuidados que presto aos doentes e familiares, do serviço onde exerço funções e da ligação que mantenho com o Serviço de Pediatria.

A intervenção de ajuda foi reconhecida por todos os intervenientes do Serviço de Pediatria como uma necessidade, dadas as vantagens para a criança e para a mãe, a curto e longo prazo.

Como limitações ao meu processo de desenvolvimento destaco a impossibilidade de após a alta da criança não manter o acompanhamento de algumas mães, pois algumas beneficiariam da continuidade. Da minha parte mostrei sempre disponibilidade para que tal sucedesse, mas a vida quotidiana das mães não permitiu uma continuidade da intervenção. No entanto, gostaria de ressaltar, que quatro mães foram acompanhadas após a alta dos filhos.

A avaliação global que faço desta minha caminhada é muito satisfatória. As intervenções desenvolvidas, contribuíram grandemente para o meu desenvolvimento, enquanto pessoa e enfermeira especialista. Aprendi, mudei, adaptei-me, evolui, tornei-me uma melhor enfermeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KÉROUAC, S.; [et al] - La pensée infirmière. Paris: Maloine, 1994.
2. HENDERSON, V. - The concept of nursing. Journal of Advanced Nursing. Oxford. ISSN 0309-2402. N°53:1 (Jan. 2006) p. 21-31.
3. FERREIRA, M ; TAVARES, J ; DUARTE, J. - Construção do inventário de competências relacionais de Ajuda: ICRA [em linha]. 2005 [Consult. 23 Março 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.2.dce.ua.pt/leies/daes_ICRA_pt_09>.
4. DIAS, M. F. P. B. - Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de Competências do Enfermeiro com o grau de Licenciado. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-14-3.
5. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.
6. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Divulgar. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2003.
7. FIGUEIRA, Fátima - Valores universais na prática de enfermagem: competência e aperfeiçoamento. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros: 15 (2004), p. 20-23.
8. FERREIRA, M. C. F. - Relacionamento interpessoal na formação dos enfermeiros. [Texto policopiado] Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Doutoramento (Não publicada).
9. PHANEUF, M. - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

10. COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL – Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil. Lisboa: Ministério da Saúde, 1993.
11. REIS, G. - Expectativas dos Pais Durante a Hospitalização da Criança [texto policopiado]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
12. SUBTIL, C.; FONTES, A.; RELVAS, A. - Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: inventário de respostas à doença dos filhos. Psiquiatria Clínica. Nº16 (4) (1995), p.241- 250.
13. JORGE, ANA - Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidado em Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004.
14. DIÁRIO DA REPÚBLICA. Lei n.º 21/81. Acompanhamento familiar da criança hospitalizada. Lisboa: Assembleia da República. 1 Série (189) (19 Agost. 1981), p. 2129.
15. DIÁRIO DA REPÚBLICA. Decreto-Lei n.º 26/87. Refeições gratuitas dos pais ou substitutos que acompanham crianças hospitalizadas. Ministério da Saúde. Lisboa. I série (10) (13 de Janeiro 1987), p.175-176.
16. INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – Carta da criança hospitalizada. Lisboa: IAC, 1998.
17. FERNANDES, A.– A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. Saúde Infantil. 2: 117-128 (1988).
18. HALLSTRON I; RUNESON I. – Needs of parents of hospitalized children. Journal Nurse Theory. Nº10 (2001), p.20-27.
19. SHIELDS, L.; KRISTENSSON-HALLSTROM I. (2004) – We have needs, too: parental needs during a child’s hospitalization. Online Brazilian Journal of Nursing [em linha]. 3 (3) [Consult. 30 Junho 2010]. Disponível na www <URL: <http://www.uff.br/nepae/objn303shieldsetal.htm>>.

20. KYRITSI, H.; MATZIOU, V.; PERDIKARIS, P.; EVAGELOU, H. - Parent's needs during their child's hospitalization. Nursing Gr. N° 23(2005), p.1-9.
21. LIMA, R.; ROCHA, S.; SCOCHI C. – Assistência à criança hospitalizada: reflexão acerca da participação dos pais. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol.7, N°2 (1999), p. 33-39.
22. CARAPINHEIRO, G. – Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1993.
23. SABATÉS, A; BORBA, R. - As Informações Recebidas pelos Pais Durante a Hospitalização de um Filho. Revista Latino-americana de Enfermagem. Novembro-Dezembro; 13(6) (2005), p.68-73.
24. BICHO, D; PIRES, A. - Comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. Análise Psicológica. N°1, XX (2002), p. 115-129.
25. KUBLER-ROSS, E. - On Death and Dying. New York: Mcmillan Pub. Inc Ca, 1969.
26. BALDINI, S. - Avaliação das técnicas de apoio psicológico a crianças internadas em unidade de terapia intensiva pediátrica e a seus pais. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1997. Dissertação de Mestrado em Medicina. [Consult. 4 Abril. 2010]. Disponível em WWW: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-19042007-163438>>
27. TODRES, J. - Communication between physician, patient and family in the pediatric intensive care unit. Critical Care Medicine. V 21 (1993), p. 383-385.
28. DIÁRIO DA REPÚBLICA. Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE. Lisboa: Assembleia da República. I Série (205) (4 Set. 1996), p. 2959.

29. NUNES, Lucília - Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos na encruzilhada do presente [em linha]. Percursos: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Ano 2, Nº especial – Maio (2007) 36-42. [Consult. 3 Julho 2010]. Disponível na internet: <http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf>. ISSN 1646-5067.
30. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2001.
31. CHALIFOUR, J. - La relation d'aide eu soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste. Montreal: Gâetan Morin Editeur Itée, 1993.
32. LAZURE, H. - Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência de enfermagem. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
33. REIS, G.; SANTOS, M.- A importância da presença dos pais na unidade de cuidados intensivos do hospital pediátrico de Coimbra. Sinais vitais. Nº 8 (1996), p.25-28.
34. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE/ICNP. Versão β 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.
35. MCCLOSKEY, J; BULECHEK, G. - Classificação das Intervenções de Enfermagem: NIC. 3ª Edição. São Paulo: Artmed, 2000.
36. MOLEIRO, A. [et al] - Humanizar o atendimento à criança. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (1991).
37. MARINHEIRO, Providência - Enfermagem de Ligação. Coimbra: Quarteto, 2002.
38. MOTA, A.- Psiquiatria de Ligação. Medicina Interna. Vol. 7, N. 4. (2000).
39. SEQUEIRA, C. - Introdução à Prática Clínica. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5.

40. ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA – DSM– IV – TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. (2000)
41. GODOY, R. - Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. Movimento. Vol.8, Nº2, (2002), p. 7-16.
42. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE/ICNP. Versão 1. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2007.
43. AFONSO, Pedro - Será Depressão ou Simplesmente Tristeza ...?. Cascais: Principia, 2004.
44. VIEGAS, COIMBRA; GONÇALVES, M. - WWW.Psicologia.com.pt [Em linha] 17-07-2009. [Consult. 18 Abril. 2010] A Influencia do Exercício Físico na Ansiedade, Depressão e stress. Disponível em WWW: <www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0485.pdf>.
45. VAZ SERRA, Adriano - IACLIDE Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica, 1994.
46. CASANOVA, F.- A Ansiedade. 3ª Edição. Lisboa: Edições São Paulo, 2003.
47. OMS - Relatório sobre a Saúde no Mundo: 2001 Saúde Mental – nova concepção, nova esperança. Geneva: WHO, 2002.
48. PINTO, A., LIMA, M. & SILVA, A. - Stress Profissional em professores portugueses: Incidência, preditores e reacção de burnout. Psychologica. Nº33 (2005), p. 181-194.
49. VAZ SERRA, A. - O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.

50. LIPP, M. & TANGANELLI, M. - Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre homens e mulheres. Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol.15, Nº3, (2002), p. 537- 548.
51. WATSON, D. [et al.] Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. Journal of Abnormal Psychology. Nº 104(1) (1995), p.15-25.
52. VIANA, V. [et al.] Apoio às Mães em Crise num Serviço de Neonatologia. Psicologia, Saúde & Doenças. Nº 6 (2) (2005), p.119-130.
53. MILANESI, K; COLLET, N. - Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. Nov-Dez, 59 (6), (2006), p. 769-74.
54. BAIÃO, Rute - Stress Parental e Prematuridade [Texto policopiado]. Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, 2009. Dissertação de Mestrado em Psicologia.
55. BARRADAS; A. – Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção [em linha]. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. [Consult. 4 Abril. 2010]. Disponível em WWW: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/735>. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
56. DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, 2003.
57. DIÁRIO DA REPÚBLICA. Lei n.º 46/86. Lei Bases do sistema educativo Nacional. Lisboa: Assembleia da República. 1 Série (14 Out. 1986).
58. PAIS - RIBEIRO, J; HONRADO, A; LEAL, I. - Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicologia, Saúde & Doenças. Vol.5 (2) (2004), p. 229-239.

59. PEDRO, J. - Parceiros no Cuidar: A perspectiva do Enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica [texto policopiado]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
60. FERREIRA, P. [et al]. Validação e análise da precisão da versão em português do Needs of Parents Questionnaire. Jornal de Pediatria. Vol. 86, Nº 3 (2010), p. 221-227.
61. GÓNGORA, J. – Familia y enfermedad: Problemas y técnicas de intervención. Psycologica. Nº 31; 2002.
62. SILVA, MARIA, F. Q. - Diferenças de género na depressão e desempenho profissional [texto policopiado]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1999. Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre, no âmbito do V Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental
63. YONKERS, K. A. - Recognition of depression in obstetric / gynecology practices. 1995.
64. HORWATH, W.; WEISSMAN, M. - Epidemiology of Depression and Anxiety Disorders, Textbook in Psychiatric Epidemiology. Edited By Tsuang, 1995.
65. PEREIRA, M.; LOPES, C. - O doente oncológico e a sua família: Manuais Universitários. 2ª Edição. Climepsi Editores: Lisboa, 2005.
66. SAINT-EXUPÉRY, A. - O Príncipezinho. Amadora: Veja, 1994.
67. MAGALHÃES, A. – A invisibilidade da prática de enfermagem e a face qualificante do hospital. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol 10, Nº1 (2006), p. 58-66.
68. LOPES, M.J. - A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica - Proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau, 2006.

ANEXOS

Anexo 1 – Escala da Ansiedade, Stress e Depressão (EADS - 21)

EADS-21

Nome _____ Data ____/____/____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Anexo 2 – Autorização de colheita de dados no Serviço de Pediatria

À Sua Direção do
 Serviço de Pediatria
 para informar.
 Exm^o. Sr. 100927
 Presidente do Conselho de Administração
 Hospital Distrital de Santarém, 61 F

Autorizado -
 100520
 11/05/10
 José Manuel
 José Manuel

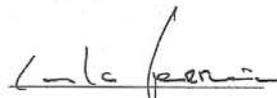
Carla Sofia Gonçalves Ferreira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para a realização do estudo de dissertação de Mestrado, sob a orientação do Mestre João Durão da mesma instituição. O estudo tem como objectivos identificar as necessidades emocionais das mães, em situação de crise, no serviço de Pediatria e intervir com técnicas de apoio emocional junto das mesmas. Às mães será aplicada a Escala da Ansiedade, Depressão e Stress, EADS – 21, após consentimento informado.

A presente investigação visa assim, dar continuidade ao trabalho terapêutico desenvolvido por mim, no âmbito da Enfermagem de Ligação.

Atenciosamente, com os melhores cumprimentos.

Pedido de deferimento.

Santarém, 26 de Abril de 2010.


 (Carla Ferreira)

Serviço Psiquiátrico
 Este estudo representa uma
 análise sobre o papel do enfermeiro
 no apoio emocional às
 mães perante a crise
 do doente/hospitalizado do uicose.
 19.5.2010
 Prof. Manuel Faria

J.A.
 Interesse de
 Prof. Manuel Faria
 24/5/10
 José Manuel

24/5/10

Carla Sofia Gonçalves Ferreira