



Instituto
de Apoio
à Criança



**ACOLHIMENTO E ESTADIA
DA CRIANÇA E DO JOVEM
NO HOSPITAL**



**HUMANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE
ATENDIMENTO À CRIANÇA**

**FUNDAÇÃO
GlaxoSmithKline
DAS CIÊNCIAS DE SAÚDE**

FICHA TÉCNICA

Título:

Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital

Concepção e coordenação da obra:

Leonor Santos

Ilustrador:

Quarto Crescente, Design e Pulicidade, Lda.

Adaptação do estudo:

“Guide de l’Hospitalisation des Enfants” - APACHE

Revisão técnica de texto:

Inês Legatheaux

Coordenação editorial :

Cristina Funico, José Brito Soares

Projecto - “Acolhimento e Estadia da Criança nos Serviços de Saúde”

Tradução do “Questionário sobre Acolhimento e Estadia de Crianças no Hospital”:

Inês Legatheaux

Metodologia, tratamento de dados, elaboração da ficha de caracterização de cada hospital:

Inês Legatheaux

Concepção e definição dos conteúdos da ficha de caracterização e acompanhamento das respostas por parte dos hospitais:

Ana Duarte, Ana Jorge, João Estrada

Estudo - “Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital”

Coordenação do estudo - elaboração, apresentação e discussão dos dados:

Fernando Vasco

Equipa técnica:

Inês Legatheaux, Isabel Malheiro, Leonor Santos, Nilze Batista

Contributos:

Anabela Fonseca, Ana Duarte, Ana Jorge, Deolinda Barata, João Estrada, Maria de Lourdes Levy, Teresa Cepêda

Textos de Referência:

Agostinho Moleiro, Alice Curado, Amélia Cavaco, Anabela Fonseca, Ana Jorge, António Nabais, Artur Vaz, Bilhota Xavier, Carmona da Mota, Carmo Vale, Eulália Cordeiro, Filomena Pereira, Georgina Maia, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Graça Carapineiro, Helena Jardim, Isabel Brito, Isabel Malheiro, José Castanheira, Jorge Branco, Júlia Eça, Leonor Santos, Luís Lemos, Maria de Lourdes Levy, Maria do Céu Machado, Maria José Gonçalves, Mariana Croft, Marta de Mello Breyner, Nilze Batista, Orlando Cordeiro, Otilia Gouveia, Pedro Caldeira, Rosa Varanda, Rui Epifânio, Susana Capela, Sylvie Rosenberg-Reiner, Teresa Cepêda, Teresa Marçal, Valdemar Martins.

Edição:

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA
Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança
Rua Sampaio e Pina, 12, r/c esq.
1070 – 249 LISBOA
Portugal

ISBN:

Depósito Legal nº: 972-8003-23-4

Design Gráfico:

Quarto Crescente, Design e Pulicidade, Lda.

Produção:

IL, Serviços Gráficos Lda.

Tiragem do Livro:

1.000 exemplares

1ª edição

Março de 2006

A stylized purple graphic of two figures holding hands. The figures are composed of simple, rounded shapes for heads and limbs, with their arms raised and joined at the hands. The overall style is minimalist and friendly.

Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital





Agradecimentos

À associação **APACHE**, por nos ter permitido adoptar o seu “Guide de l’Hospitalisation des Enfants”.

A **Sylvie Rosenberg-Reiner**, pela colaboração, disponibilidade e aconselhamento no estudo.

À **Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde**, por ter acreditado em nós.

À **Marta Mello Breyner** pelo carinho e presença constante nesta caminhada.

À **equipa “residente”**, Anabela Fonseca, Cláudia Gaivota, Coelho Antunes, Inês Martins, Maria João Machado, Natália Pais, Olívia Mendes, Rita Louro, que no meio de ventos e marés, os “vagabundos do mar”, contribuíram para contar a história.

À **Quarto Crescente** e **Mário Lopes** por terem concretizado este nosso trabalho.

Por último...

Agradecemos a todos aqueles que exprimiram o seu interesse por esta obra e contribuíram para a sua elaboração:

Agostinho Moleiro, Alice Curado, Amélia Cavaco, Anabela Fonseca, Ana Jorge, António Nabais, Artur Vaz, Bilhota Xavier, Carmona da Mota, Carmo Vale, Eulália Cordeiro, Filomena Pereira, Georgina Maia, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Graça Carapinheiro, Helena Jardim, Isabel Brito, Isabel Malheiro, José Castanheira, Jorge Branco, Júlia Eça, Leonor Santos, Luís Lemos, Maria de Lourdes Levy, Maria do Céu Machado, Maria José Gonçalves, Mariana Croft, Marta de Mello Breyner, Nilze Batista, Orlando Cordeiro, Otilia Gouveia, Pedro Caldeira, Rosa Varanda, Susana Capela, Sylvie Rosenberg-Reiner, Teresa Cepêda, Teresa Marçal, Valdemar Martins.

Lisboa, Março de 2006

O Instituto de Apoio à Criança



Reflexões

Leonor Santos*

E assim, passados quatro anos, eis que o fim chegou. Quatro anos de discussões construtivas – e outras nem tanto – de contactos interessantes, em que recebemos os mais diversos contributos e, sobretudo, quatro anos de aprendizagem. Eis que chegámos ao que habitualmente se designa por conclusão do trabalho.

Conclusão do trabalho. Consideramos que esta simples expressão, um salto entre dois vocábulos, merece um olhar mais atento – conclusão e trabalho.

A primeira palavra – conclusão – é muito explícita no seu significado: é o fim, talvez a última palavra, o derradeiro argumento, com que o(s) autor(es) expõe(m) e às vezes impõe(m) as suas próprias ideias e conceitos.

Pensamos poder afirmar por todos, os que contribuíram, os que desistiram e os que resistiram, que não é essa a nossa intenção.

Não queremos que as nossas palavras tenham o peso de uma conclusão. Pelo contrário, esperamos continuar a abrir portas de esperança que tragam às crianças e aos jovens hospitalizados o direito de serem respeitados por toda a equipa de Saúde, não como um grupo homogéneo de pessoas da mesma faixa etária e com os mesmos antecedentes, a quem se aplicam regras rígidas e frias, mas como um conjunto de indivíduos diferentes, delicados e em mutação.

A criança doente, debilitada física e psicologicamente, vê-se confrontada de forma abrupta com uma realidade de vida desconhecida e questiona o futuro próximo. Mas mesmo em situação de doença, as crianças são crianças e os jovens são jovens!

Basta apenas que os seus direitos de criança e jovem sejam respeitados – direitos esses que a Carta da Criança Hospitalizada reforça e consagra – para que cada criança, cada jovem, possa viver este momento difícil mais próximo da sua identidade, mais confortável e com a coragem necessária para enfrentar a adversidade.

A segunda palavra - trabalho - é muitas vezes sinónimo de esforço e dificuldade. No entanto, verificámos que para muitos dos que conosco colaboraram não foi assim.

Claro que foi difícil e exigiu esforço, mas o trabalho foi igualmente feito de cooperação, empenho e desafio. Foi preciso acreditar que era possível, foi preciso falar, tratar, compilar, analisar todo um conjunto de informações para chegarmos aqui.

Começámos por falar em 4 anos, mas devemos rectificar. Foram na realidade 10 anos. Este foi e é um passo maior no conjunto de pequenos e grandes passos que temos dado na defesa dos direitos da criança hospitalizada.

Tivemos algumas tristezas, muitas dúvidas, sorrisos, esperanças e alegrias, mas, mesmo havendo quem tenha ficado pelo caminho, quem tenha deixado de acreditar, sentimos que a corrente tem cada vez mais força e que, cada vez mais, é possível que as nossas crianças e suas famílias tenham melhor qualidade de vida neste percalço da hospitalização.

Por tudo isto, esta não é uma conclusão. Porque o desafio que se nos põe é e será prosseguir, aprofundar e melhorar o que foi iniciado. Porque concluir seria pôr um ponto final numa causa que, como todas as causas dignas, nunca acaba. Como dizia António Torrado.

* Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta,
Coordenadora do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança



Preâmbulo

Sylvie Rosenberg-Reiner*

Je remercie nos amis de IAC Humanisation des hôpitaux de m'avoir demandé de préfacer ce « Guide des services hospitaliers d'enfants au Portugal » : c'est pour moi un grand honneur et c'est avec un immense plaisir que je le fais.

C'est en 1995, à l'occasion de la 4^{ème} Conférence des associations de EACH¹, qui a eu lieu à Paris, que nous avons pour la première fois rencontré la délégation de IAC. Depuis nos échanges, notre collaboration n'ont pas cessé.

En 1992, APACHE² avait publié son premier "Guide de l'hospitalisation des enfants". Nous nous étions alors inspiré de l'expérience de l'association hollandaise. Chaque année cette association publiait un Guide des services hospitaliers qui accueillait des enfants.

Les membres de « Kind en Zuikenhuis » nous ont expliqué de quelle façon ils avaient procédé, et partant de cette expérience, nous avons adapté l'idée au contexte français.

En 2000, nous avons terminé la deuxième édition du « Guide de l'hospitalisation des enfants » et c'est cet ouvrage que nous avons montré à nos amis portugais de IAC.

La publication du "Guide de l'hospitalisation des enfants" s'inscrit dans les objectifs d'APACHE qui sont de faire connaître les besoins et de défendre les droits des enfants à l'hôpital tels qu'ils sont définis dans la "Charte européenne de l'enfant hospitalisé" dite aussi « Charte de EACH ». Cette charte est un but à atteindre: elle définit des besoins spécifiques, et le respect de ces besoins est du domaine du droit des enfants. Ses principes s'inscrivent complètement dans ceux plus généraux de la Convention internationale des droits de l'enfant promulguée en 1989 par l'Organisation des Nations Unies et ratifiée par tous les pays européens.

Pour connaître les pratiques d'accueil et les conditions de séjour des enfants à l'hôpital, il faut disposer d'un outil, en quelque sorte d'une photographie instantanée : c'est l'objectif d'un « Guide ».

L'information est un matériau riche qui contribue à susciter les réflexions, les remises en cause, les ajustements, pour conduire petit à petit à des progrès qui bénéficient aux enfants et à leurs familles.

L'accueil, le séjour d'un enfant à l'hôpital ne se réduisent pas à des aspects médicaux. Ils mettent en jeu la capacité d'une institution, d'un hôpital, d'un service, d'un groupe de professionnels, d'individus, à œuvrer ensemble pour proposer une prestation de qualité, non seulement technique mais aussi humaine, s'insérant dans une organisation rigoureuse et un environnement adaptés aux enfants et à leur famille. Dire que l'enfant à l'hôpital est au centre des préoccupations signifie qu'il est toujours le sujet et jamais l'objet des soins.

Depuis dix ans, la pression du public se renforce, le niveau d'exigence des familles s'élève. Des associations comme APACHE en France, IAC au Portugal participent à ce mouvement d'idées.

L'évolution des mœurs se poursuit dans la reconnaissance de la place que l'enfant doit avoir dans notre société. Pourtant, un accueil de qualité ne peut pas se contenter de mots et de discours. Le mettre en œuvre au quotidien n'est pas aussi simple qu'il y paraît. C'est un projet difficile que de concilier la qualité humaine, le respect des besoins et des droits des enfants, avec les impératifs techniques et organisationnels d'un hôpital, la multiplicité des intervenants, d'autant plus que les intérêts de ceux-ci peuvent être divergents. Cela rend d'autant plus remarquables le travail et les réalisations des équipes en France comme au Portugal.

Tout comme le « Guide » portugais, le « Guide » d'APACHE est constitué de deux parties.

La première partie est composée d'articles. Le regard porté sur l'enfant à l'hôpital est différent selon que l'on se situe en tant que parent ou en tant que professionnel. Il varie aussi selon les modalités de pensée et les pratiques des différents métiers. C'est cet entrecroisement de points de vue qu'APACHE a souhaité illustrer à travers le choix des articles proposés, avec la conviction que c'est dans la diversité professionnelle que se construit l'amélioration de l'accueil. Les expériences et les témoignages des auteurs stimulent la réflexion.

La deuxième partie présente les résultats d'une enquête nationale sur les conditions d'accueil et de séjour des enfants hospitalisés en France. Le guide transmet l'information que les responsables (chefs de service et/ou cadres infirmiers) donnent eux-mêmes sur l'accueil et le séjour dans leur service.

Depuis 2003, la partie enquête du « Guide » est disponible sur le site internet d'APACHE³, donnant ainsi une grande visibilité aux conditions d'accueil dans les services d'enfants. De cette façon nous pourrions aussi actualiser rapidement les données.

Et voici que paraît un « Guide » des services d'enfants au Portugal. Les membres de IAC ont repris l'idée du « Guide » d'APACHE, qui s'était déjà inspiré du travail des hollandais. Ils en ont fait un ouvrage totalement original et adapté à leur contexte culturel et à leurs besoins.

C'est précisément l'objectif de EACH de permettre à chaque association membre, à travers les échanges d'expériences, les points de vue différents, de trouver des moyens originaux pour progresser, dans nos pays respectifs, vers un plus grand respect des 10 points de la « Charte de EACH ».

En publiant le « Guide » portugais, IAC-Secteur de l'Humanisation, nous donne un remarquable exemple de l'intérêt pour tous d'une collaboration européenne. Il me reste à saluer la persévérance et des membres de IAC qui ont réalisé là un remarquable outil de travail pour tous ceux qui ont à cœur de faire progresser les droits de l'enfant malade et de l'hôpital qui accepte de se remettre en cause dans l'intérêt des enfants.

1 - European Association for Children in Hospital

2 - Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants est l'association française, membre fondateur de EACH

3 - <http://www.apache-france.org>

Prefácio

H. Carmona da Mota*

“Este hospital é muito bom mas eu quero ir para casa” (uma criança no Hospital Pediátrico)

“Livrai-nos de tornar a cura mais penosa que a doença” (Arnauld Rudolph)

O que esperará uma criança quando ocorre a um Serviço de Saúde? Que o acolhimento seja caloroso e a estadia breve mas, sobretudo, que o tratamento seja eficaz.

O objectivo é oferecer cuidados adequados à criança doente (ou que sofre); adequados implica integrais – não só à doença da criança mas à criança que sofre. Ela agradecerá um tratamento eficaz mas recordará a forma como foi cuidada.

Ambos os aspectos são indispensáveis mas não equivalentes; é lamentável uma falta de atenção mas indesculpável um tratamento menos correcto.

Tudo o que leve a diminuir de um dia a hospitalização ou de uma hora o atendimento dum criança, sem correr riscos escusados tendo em conta a doença, o estado da criança e o tipo de família, é desejável; mais, é imperioso.

Todo o internamento é um mal; necessário muitas vezes, mas um mal. Conseguir evitá-lo, sem comprometer o resultado, é uma vitória; uma família informada, apoiada e confiante consegue milagres.

A criança que chora não tem culpa de ser como é, nem da família que tem, nem da doença de que sofre, nem da hora em que adoeceu ou que foi trazida à consulta, nem da sobrecarga que representa para o médico, para a enfermeira ou para o Serviço. Mesmo que tivesse, o tipo de acolhimento reduzirá muito a crise do internamento ou da consulta e facilitará muito a abordagem subsequente.

A presença dos pais é hoje um dado adquirido. Há que torná-los o mais esclarecidos, participantes e colaboradores possível. A informação é crucial: completa, atempada, adequada à situação, proporcionada ao interlocutor e não ansiogénica; a administrar com cuidados equivalentes à dos medicamentos, para obter a eficácia máxima com um mínimo de efeitos secundários.

As instalações são muito úteis a um adequado acolhimento e estadia; há que fazer com que qualquer serviço de urgência (um “Banco”) tenha instalações idênticas às de qualquer dependência bancária; que as da enfermaria não fiquem a dever às dum residencial.

De qualquer modo, embora as instalações sejam muito importantes, a qualidade do acolhimento e da estadia não pode depender destas.

Os internamentos prolongados ou repetidos exigem uma estratégia adequada; há que tratar de forma diferente o que é diferente. Em situações agudas, o acento tónico será na doença; nas benignas e nas crónicas, há que privilegiar a perspectiva da criança.

As “*unidades de internamento de curta duração*” e o “*hospital de dia*” para cuidados especializados que não exijam internamento ou hospital (ou o da Muxima - Revista Portuguesa de Pediatria 1992;23:332) devem ser para situações crónicas ou recidivantes.

A qualidade da estadia dos doentes crónicos depende muito da comunicação. A ligação da criança a um (ou dois) médicos resolverá esse problema que a informatização facilitará.

A estadia termina (ou é interrompida) na alta que é também um momento muito importante – prever o regresso, a vigilância ou convidar a uma visita futura.

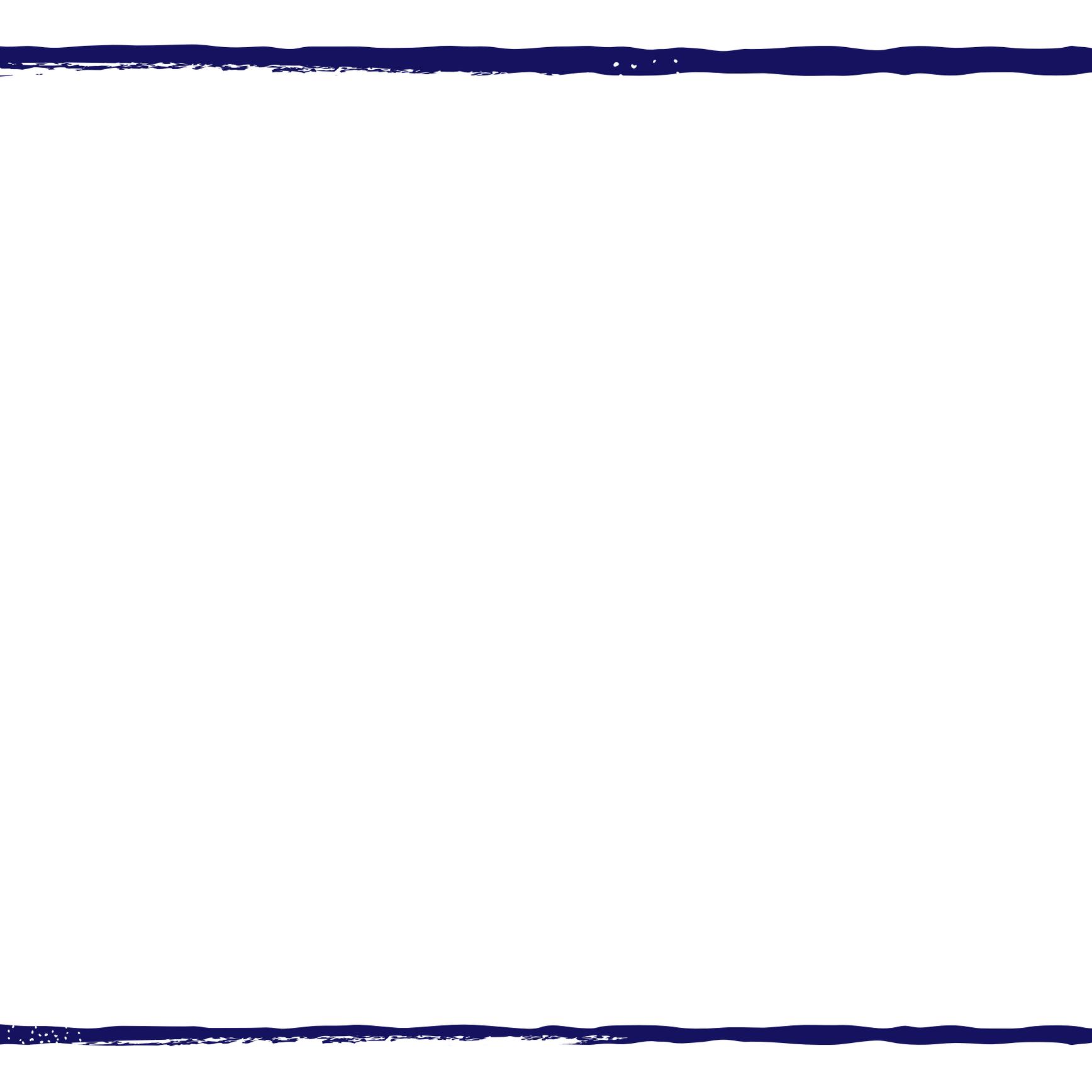
Mas, repete-se, o objectivo nuclear, a essência da actuação do Serviço de Saúde é a eficácia na recuperação da saúde e do melhor bem-estar possível. O bem-estar depende muito do tratamento humano; a cura da doença depende essencialmente da oferta da melhor estratégia terapêutica.

Em suma, dado que a presença da mãe (ou pai) é um dado adquirido, uma criança doente que recorre a um Serviço de Saúde esperará um acolhimento de avô, uma companhia de madrinha e cuidados de *prima* qualidade. Não podemos defraudá-la.

*Médico Pediatra,

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,

Membro do Conselho Consultivo do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança





Instituto
de Apoio
à Criança



Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital



HUMANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE
ATENDIMENTO À CRIANÇA

FUNDAÇÃO
GlaxoSmithKline
DAS CIÊNCIAS DE SAÚDE



SUMÁRIO

Agradecimentos	V
Reflexões <i>Leonor Santos</i>	VII
Preâmbulo <i>Sylvie Rosenberg-Reiner</i>	IX
Prefácio <i>H. Carmona da Mota</i>	XI
Introdução <i>Leonor Santos, Maria de Lourdes Levy</i>	7

I Parte – Textos de Referência

I. O Contexto / Alguns Determinantes

1. A Convenção dos Direitos da Criança / Idade Pediátrica <i>Maria de Lourdes Levy</i>	10
2. O Serviço de Pediatria na Estrutura Hospitalar <i>Susana Capela</i>	12
3. Os Amigos de Alice <i>Artur Vaz</i>	14

II. O Bebê, a Criança e o Adolescente no Hospital

1. Contextualização <i>Maria José Gonçalves</i>	16
2. (Pré) conceitos.... <i>Rosa Varanda</i>	20
3. Acolher...É Receber...É Dar...É Partilhar... <i>Alice Curado</i>	22
4. A Qualidade na Urgência <i>Bilhota Xavier</i>	25
5. O Hospital de Dia <i>Helena Jardim, Nilze Batista</i>	27

6. A Influência do Meio no Bem-estar: da Maternidade à Adolescência

- 6.1 Diário de um Recém-nascido 30
Jorge Branco, Mariana Croft
- 6.2 A Família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais 32
Valdemar Martins
- 6.3 O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena 33
Isabel Brito
- 6.4 A Criança e o Espaço nos Serviços de Saúde 34
Teresa Marçal
- 6.5 A Escola, que Espaço no Hospital? 39
Eulália Cordeiro
- 6.6 Actividade Lúdica - Espaços, Objectivos e que Profissionais Intervêm? 41
Leonor Santos

7. Adolescentes: que Respostas? 44

José Castanheira

III. As Necessidades dos Pais, do Bebê, da Criança, do Adolescente e dos Profissionais

1. A Comunicação entre Profissionais de Saúde e Famílias: Contradições, Paradoxos e Dilemas 47
Graça Carapinheiro
2. A Informação ao Doente é um Direito 49
Luis Lemos
3. Pais parceiros / Pais Visitas 51
Nilze Batista
4. O que Sentem os Pais? 54
Otilia Gouveia
5. A presença dos Pais num Serviço de Pediatria - uma Opção? 56
Uma Obrigação? Que comunicação inter-pares?
Amélia Cavaco
6. As Visitas, Laços com o Exterior 57
António Nabais



7. Preparação Operatória <i>Orlando Cordeiro</i>	60
8. A Criança com Doença Crónica. Considerações sobre o Atendimento... <i>Isabel Malheiro, Teresa Cepêda</i>	62
9. Que Fazer com esta (Má) Notícia? <i>Pedro Caldeira</i>	66
10. As Crianças também Morrem <i>Carmo Vale</i>	69
11. As Necessidades dos Adolescentes no Hospital <i>Georgina Maia</i>	73
12. Meninos do Mar <i>Júlia Eça</i>	75
IV. Hospital e Sociedade	
1. Ser Mais... <i>Marta de Mello Breyner</i>	78
2. Animação Cultural no Hospital – Parceiros ou Concorrentes <i>Ana Jorge</i>	81
3. Voluntários em Pediatria – Sim ou Não? <i>Agostinho Moleiro</i>	83
V. E ainda...	
1. Ainda a Dor... <i>Filomena Pereira</i>	84
2. Desafios para a Transdisciplinarietàade <i>Maria do Céu Machado</i>	86
3. A Organização Hospitalar – uma Visão Sociológica <i>Anabela Fonseca</i>	88
4. Acolhimento – Que Futuro? <i>Gonçalo Cordeiro Ferreira</i>	90
5. Aspectos Legais - Carta da Criança Hospitalizada <i>Rui Epifânio</i>	92

II. Parte – Estudo “Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital”

1. Introdução	96
2. Objectivos	96
3. Metodologia	97
4. Apresentação dos Resultados	99
4.1. Hospitais Inquiridos	99
4.2. Hospitais com Pediatria	102
4.2.1. Aspectos Gerais	102
4.2.2. Unidades Operativas	103
4.2.3. Recursos Humanos	104
4.2.4. Recepção, Informação e Comunicação	105
4.2.5. Caracterização do Internamento	108
4.2.5.1. Presença dos Pais no Hospital	109
4.2.5.2. Apoios Complementares	110
4.2.5.2.1. A Sala de Brincar	110
4.2.5.2.2. Momentos de Animação Cultural e Artística	111
4.2.5.2.3. A Escola	112
4.2.5.2.4. A Biblioteca	113
4.2.5.3. Unidades Específicas	114
4.2.5.3.1. Unidade de Cuidados Intensivos	114
4.2.5.3.2. Cirurgia Pediátrica e Anestesia Pediátrica	115
4.2.5.3.3. Internamento de Adolescentes	116
4.2.6. Maus Tratos	117
4.3. Hospitais sem Serviço de Pediatria	119
4.4. Carta da Criança Hospitalizada	119
5. Discussão	121
5.1. Caracterização dos Hospitais Inquiridos	121
5.2. Hospitais com Pediatria	121
5.3. Hospitais Gerais sem Serviço de Pediatria	128
5.4. Carta da Criança Hospitalizada	128
6. Conclusões	129
7. Recomendações	131
8. Bibliografia	133
9. Anexo	134
Questionário	



III. Parte – Fichas de Caracterização dos Hospitais

1. Introdução	152
2. Índice Remissivo	149
3. Fichas de Caracterização	154
8. Anexo	334
Pergunta Adicional	



Introdução

Leonor Santos*
Maria Lourdes Levy**

Sendo o **Instituto de Apoio à Criança** (IAC) um fórum de discussão e um interventor activo na nossa sociedade com a finalidade de defender os Direitos da Criança em todas as suas vertentes, criou em 1989 o projecto **Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança**.

Em 1995, este projecto deu origem ao sector da **Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança**, estabelecendo-se então que teria como linhas orientadoras promover a discussão dos problemas da humanização de forma a favorecer a mudança de atitudes e comportamentos das instituições de saúde, dos profissionais e do público em geral e também propor estratégias de intervenção e apoiar acções no seu âmbito.

Para a concretização destes objectivos, o Sector desenvolveu e desenvolve diversas actividades, das quais destacamos a organização de reuniões e seminários de sensibilização, a edição de publicações sobre temas relacionados com a humanização e a divulgação da Carta da Criança Hospitalizada. Por outro lado, o sector tem realizado estudos sobre diferentes aspectos do atendimento à criança nos serviços de saúde, dos quais destacamos "Humanizar os Cuidados" (1995), "Atitudes relativamente à Dor na Criança" (1997), "A Dor na Criança" (2000) e ainda "A Idade Pediátrica: Internamento de Crianças e Adolescentes em Unidades de Adultos", estudo europeu promovido pela EACH (European Association for Children in Hospital). O facto deste último trabalho ter sido realizado através de um questionário traduzido do inglês para a nossa língua, não tendo portanto em conta a realidade portuguesa, não permitiu que se conseguisse efectuar um retrato conclusivo da nossa situação.

Após análise e confronto com a realidade de outros países da Europa, considerou-se que este trabalho deveria ser aprofundado para melhor retratar a realidade do acolhimento e estadia da criança nos hospitais e serviços de pediatria portugueses.

Face à experiência da associação congénere francesa APACHE, que elaborou um questionário de caracterização dos serviços de pediatria cujos resultados publicou, obtendo assim uma caracterização dos serviços hospitalares que atendem crianças em França, considerou-se de interesse iniciar um estudo similar.

Assim, no ano de 2001, foi desenhado um projecto de estudo sobre as condições do acolhimento e estadia das crianças e suas famílias nos hospitais. O financiamento deste projecto foi colocado à consideração da Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde, o que mereceu a concordância do seu conselho de curadores.

Um dos objectivos deste projecto consistiu na elaboração do presente guia - concebido a partir dos resultados obtidos no estudo - prevendo-se a sua distribuição a todos os serviços hospitalares que atendem crianças. Desta forma, pretende-se não só o conhecimento da realidade nacional mas também a reflexão e a identificação das mudanças necessárias quer ao nível dos comportamentos, quer das práticas dos profissionais, tendo presente a integralidade da instituição.

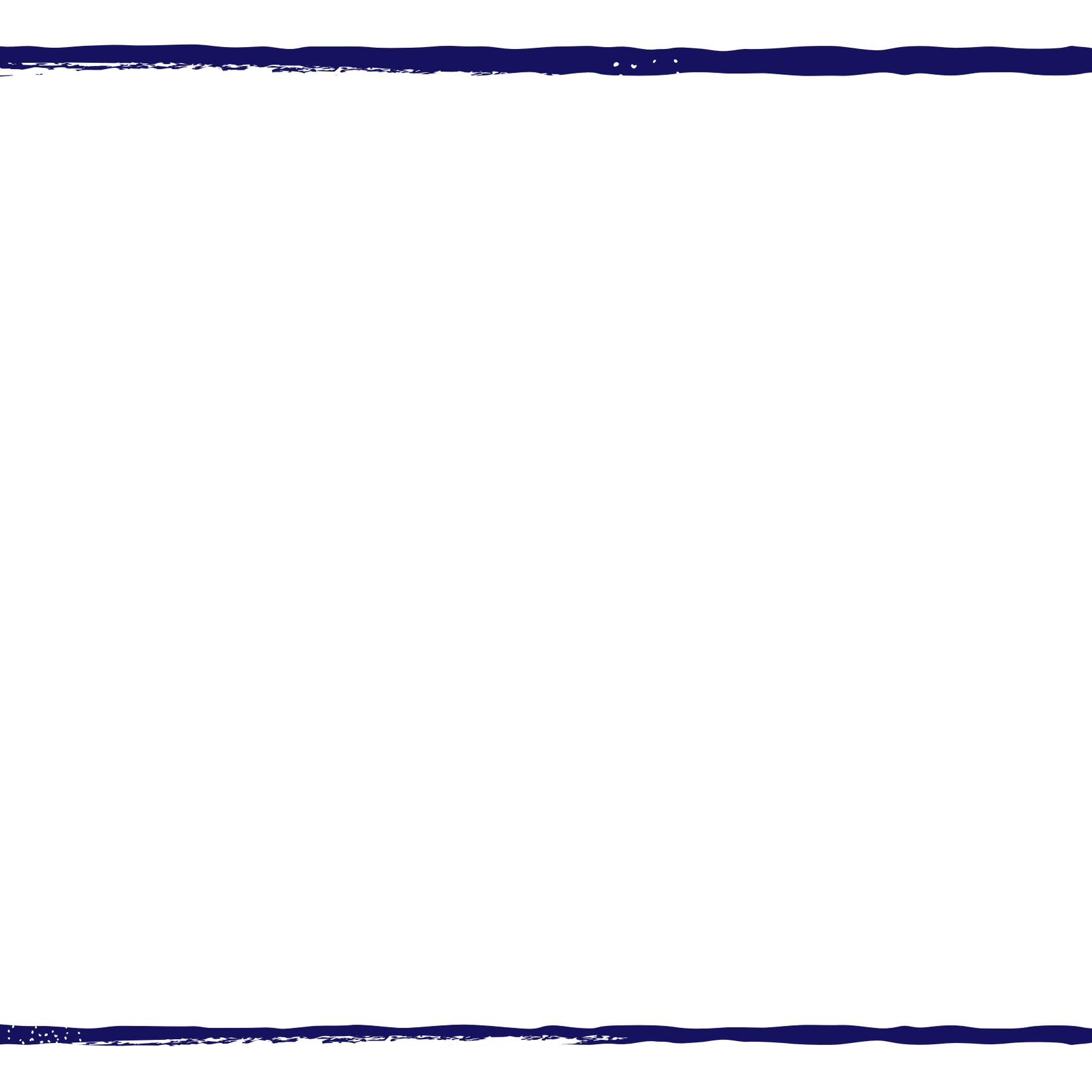
O guia de acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital está dividido em três capítulos:

No primeiro, vários profissionais de diversas áreas, sociólogos, pediatras, juizes, professores, enfermeiros, administradores hospitalares e técnicos de saúde mental, dão a sua visão sobre o acolhimento e suas vertentes; O segundo capítulo contém o estudo "Acolhimento e Estadia das Crianças nos Serviços de Saúde" na sua globalidade; Finalmente, no terceiro capítulo, incluem-se as fichas de caracterização dos hospitais que atendem crianças em Portugal, fichas elaboradas a partir da informação recolhida no estudo.

Este guia reúne as respostas de 104 hospitais portugueses dos quais 91 recebem e acolhem crianças e inclui igualmente testemunhos e reflexões de 37 profissionais que defendem os Direitos da Criança hospitalizada e que têm algo em comum, o afecto e a dedicação à Criança pois, segundo João dos Santos, a "Criança é obra de toda a comunidade".

* Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta,
Coordenadora do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

** Médica Pediatra,
Professora Jubilada da Faculdade de Medicina de Lisboa,
Coordenadora do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança





I Parte - Textos de Referência

I. O Contexto / Alguns Determinantes

1. A Convenção dos Direitos da Criança / Idade Pediátrica

Maria de Lourdes Levy*

A Convenção dos Direitos da Criança, ratificada em 1989 pelas Nações Unidas e adoptada a partir de então pelos vários países do mundo, culminou um longo processo iniciado em 1924, quando em Genebra, pela primeira vez, se falou em direitos da criança. Saía-se da 1ª Guerra Mundial e o Mundo tinha já a consciência de que a criança, à mercê da sua vulnerabilidade, tinha de ser particularmente protegida. Foi assim que a Declaração de Genebra, proclamada na 5ª Assembleia da Sociedade das Nações declarava o seguinte: *"Os homens e as mulheres de todas as nações, reconhecendo que a humanidade deve dar à criança o melhor que tem, afirmam os seguintes deveres, independentes de qualquer consideração de raça, nacionalidade e de religião."* Eram enumerados cinco direitos que representam o embrião da futura Carta da Criança e dos seus 10 direitos, enunciados em 1959, também pelas Nações Unidas.

Estes direitos resumem aqueles de que a Criança deveria usufruir para que tivesse uma infância feliz e protegida, porque *"a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma prestação de cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada tanto antes como depois do nascimento"*. Estes 10 direitos, apesar de considerados fundamentais, não tendo força de lei, não foram suficientemente valorizados e foram caindo no esquecimento.

O ano de 1979 foi declarado o Ano Internacional da Criança e a Carta foi por assim dizer re-visitada. E com perplexidade, os responsáveis pela criança e pelos seus direitos verificaram que, apesar de muito se ter evoluído nos últimos anos nesta matéria, estes direitos fundamentais não eram ainda respeitados.

Havia crianças sem lar, sem identidade, com fome, crianças que não frequentavam a escola, que não tinham acesso a cuidados médicos, que eram abusadas e exploradas. O ano de 1979 teve como objectivo a sensibilização das populações e dos responsáveis dos vários países para as carências da Criança, para os desrespeitos pelos seus direitos e para a necessidade de serem tomadas gradualmente medidas que estabelecessem uma efectiva melhoria do seu bem estar social. Muitas foram então as reuniões que tiveram como tema a discussão dos Direitos da Criança e as melhores estratégias para, em cada país, se fazerem respeitar esses direitos.

Portugal não ficou indiferente a este movimento e foi assim que em 1979, Ano Internacional da Criança e nos anos seguintes, o problema foi amplamente discutido.

Os anos que mediaram entre 1979 e 1989 foram anos de intenso labor no sentido de serem sensibilizados os vários países para que os direitos já consignados fossem de facto respeitados. Todos os países trabalharam no sentido de implantar verdadeiramente esses direitos e foi assim que, em 1989, trinta anos depois da Declaração dos Direitos da Criança, foi finalmente aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas a Convenção dos Direitos da Criança, assinada em Nova Iorque em Janeiro de 1989.

O nosso país foi um dos primeiros a assinar a Convenção dos Direitos da Criança e o Instituto de Apoio à Criança, como defensor da Criança, fazendo valer os seus direitos e de acordo com a Convenção ratificada em Portugal em 1990 pela Assembleia da República, tem-se empenhado em defendê-los e desenvolvê-los no nosso país.

A Convenção veio modificar a prática dos profissionais de saúde no que se refere à criança ampliando a sua intervenção. De facto, logo no seu primeiro artigo a Convenção refere que: Criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se nos termos da lei que lhe for aplicável atingir a maioridade mais cedo.

Este alargamento da idade pediátrica, que não era habitual entre nós, veio incluir o adolescente e a adolescência dentro das atribuições do pediatra, pondo-o face a problemas para os quais não estava preparado e que estão relacionados com a necessidade de atendimento de crianças com características tão diferentes - desde o recém-nascido ao adolescente - o que exige modos de acolhimento, instalações e equipas com formação adequada nos vários domínios.

Os avanços da ciência e da tecnologia e o melhor conhecimento das necessidades psico-afectivas da criança nas várias idades, sobretudo em situação de vulnerabilidade como acontece na criança doente, fizeram com que se olhasse para o internamento de uma criança com um olhar diferente, não esquecendo o seu atendimento quando doente e sobretudo quando hospitalizada, situações em que ela deve ser rodeada de cuidados especiais. Já desde os anos 50, data em que Bowlby chamou a atenção para as perturbações que uma criança podia

apresentar quando hospitalizada, os responsáveis pela criança tomaram consciência de um problema que até então não merecera atenção especial – o hospitalismo. Foi assim que, por todo o Mundo, mas sobretudo nos Estados Unidos da América e em países da Europa, se tomou consciência do problema e se iniciaram esforços para melhorar as condições de internamento de crianças tornando-as adaptadas às suas exigências e necessidades.

Assim, foram surgindo Associações ligadas geralmente aos serviços de pediatria de cada país que procuraram criar alguns princípios que estivessem na base de um internamento em condições desejáveis. Algumas destas associações reuniram-se no sentido de criar uma base comum indispensável para o internamento de crianças em condições desejáveis. Em Maio de 1988 teve lugar a **1ª Conferência Europeia das Associações Criança no Hospital**. A partir desta data, os doze países intervenientes nesta reunião decidiram reunir-se de dois em dois anos e manter contactos regulares. No decurso da 3ª Conferência, que teve lugar em Graz – Áustria em Outubro de 1993, foi finalmente criada a EACH (European Association for Children in Hospital) cujo objectivo fundamental era a defesa dos direitos da criança hospitalizada.

Portugal, ao ter conhecimento desta Associação procurou contactá-la, tendo sido posteriormente convidado a estar presente na sua 4ª Conferência em 1995 em Chantilly, França, sob a responsabilidade da Associação APACHE, ramo francês desta associação. Após a sua presença na conferência da EACH, o IAC passou a ser membro associado desta associação, a participar nas conferências seguintes e a responsabilizar-se pela publicação e difusão da Carta da Criança Hospitalizada, criada pela EACH. Nos últimos anos, integrado na EACH, o IAC criou o **Sector da Humanização** que publicou a versão portuguesa da Carta da Criança Hospitalizada e que tem procurado difundir-lha largamente entre aqueles que têm por missão ocupar-se e contribuir para que a criança, mesmo doente e hospitalizada, usufrua dos Direitos a que de facto tem direito.

À semelhança do que aconteceu em França (APACHE) e seguindo os seus passos, este sector realizou um estudo, baseado num inquérito francês que se adaptou à realidade portuguesa, em que se procurou conhecer os meios à disposição da criança no nosso país quando necessita de ser hospitalizada.

É este guia - **Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital** - que vai ser hoje apresentado. Nele encontrarão os leitores, além dos resultados do estudo efectuado, a ficha que serviu de base a esse estudo e uma série de artigos sobre aspectos ligados ao Acolhimento, escritos por personalidades de várias áreas e que com a sua experiência têm contribuído para um melhor conhecimento dos vários aspectos que esse Acolhimento implica.

Bibliografia:

- Assembleia Nacional das Nações Unidas (1959), Os Direitos da Criança.
- Convenção dos Direitos da Criança. DR 211-Iª Série.
- Decreto do Presidente da República nº 49/90. DR 211-Iª Série.
- Resolução da Assembleia da República nº 20/90. DR 211-Iª Série.
- Carta Europeia da Criança Hospitalizada in J. Oficial Comunidades Europeias, Doc A2 – 25/86.
- EACH (1988), Charte de L'Enfant Hospitalisé, Leyden.
- Grupo HUSAC (1991), Humanizar o Atendimento às Crianças, Lisboa, Ed. Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

* Médica Pediatra,
Professora Jubilada da Faculdade de Medicina de Lisboa
Coordenadora do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

2. O Serviço de Pediatria na Estrutura Hospitalar

Susana Capela*

A Pediatria, especialidade que abrange desde o recém-nascido até aos quinze anos menos um dia, envolve uma complexidade de abordagens e necessita de uma adaptação de estruturas que não se coloca noutras Especialidades.

Com o desenvolvimento de uma política de Departamentação, pretende-se alcançar a junção de Serviços e Unidades Funcionais que tenham em comum alguns aspectos, designadamente o contexto das disciplinas (médicas, cirúrgicas, entre outras).

Primeiramente, procede-se à selecção das Especialidades que irão constituir esses Departamentos para, de seguida, se procurar uma localização física contígua e chefias que permitam ir na persecução dos pressupostos base deste projecto:

- a) gestão flexível de recursos (físicos, humanos, materiais);
- b) planeamento e monitorização da actividade dos vários serviços constituintes do Departamento, actuando sobre eventuais desvios ou desconformidades ao planeado;
- c) iniciar uma cultura que permita a constituição dos Centros de Responsabilidades Integrados (CRI's) à altura dos objectivos políticos apresentados como estratégicos;
- d) melhoria da qualidade no atendimento, tratamento e cuidados prestados aos doentes, potenciado pelas sinergias existentes entre as Especialidades constituintes de cada Departamento.

Esta filosofia assenta também na necessidade de se constituírem equipas de trabalho, que, aos vários níveis de gestão, possam dar resposta aos objectivos definidos. Para tal, entendendo-se o Departamento como um nível de gestão intermédia, a constituição da sua direcção deverá ser partilhada, replicando aí a estrutura de Direcção de topo. Assim, para cada Departamento, deverá nomear-se uma estrutura de Direcção partilhada com um Médico Director de Departamento, um Administrador Hospitalar e um Enfermeiro Responsável do Departamento, sendo necessário definirem-se funções específicas para cada um.

Tal situação irá fomentar o diálogo entre todas as chefias e, para o caso, entre o Administrador Hospitalar e as chefias Médicas e de Enfermagem dos vários serviços integrados do Departamento.

É evidente que poderão sentir-se carências em algumas áreas de informação que permitam delinear e seguir uma estratégia mais consubstanciada, sem se cair em facilismos apriorísticos ou, simplificando, sem "navegações à vista"...

Neste sentido e aproveitando o desenvolvimento de um projecto em que são introduzidas ferramentas e mecanismos de apuramento do custeio da actividade aplicados aos Hospitais, pode realizar-se todo um trabalho de mapeamento da actividade desenvolvida nos vários serviços e nas suas várias áreas de actividade (Internamento, Consultas Externas, Técnicas, Bloco Operatório...), alocando às mesmas os tempos dos vários profissionais envolvidos.

Todo este trabalho, apesar de lhe reconhecermos algumas limitações (modelo fechado, retrospectivo, assente em princípios de contabilidade analítica pouco fiáveis), tem o mérito de fornecer um tipo de informação mais abrangente, sobre a qual é possível desenvolver vários níveis de intervenção.

Com a nova informação disponível, num espírito de partilha dos conhecimentos e lógica multidisciplinar, pode avaliar-se e discutir-se os custos apurados, os desvios entre as receitas e os custos mais intensamente ao nível do Internamento. Indo mais longe, podem avaliar-se demoras médias standard/padrão por GDH (Grupos de Diagnósticos Homogéneos) para os Hospitais considerados do mesmo grupo, fazendo rever procedimentos e abordagens no tratamento dos doentes.

Na Pediatria, concretamente, podem reavaliar-se as demoras médias em determinadas patologias (principalmente desviantes em relação

ao padrão, por necessidade de medicação antibiótica via cateter ou para preparação e realização de técnicas de diagnóstico). Surge, claramente, a hipótese de uma abordagem no tratamento do doente pediátrico num modo ambulatorio programado, compatível com a estrutura de Hospital Dia.

Tal permite reduzir demoras médias para níveis padrão, no primeiro caso, e limitar fortemente os internamentos zero dias, inapropriados e não financiados, no segundo caso, conduzindo à redução da lotação média praticada no Internamento, à alocação de parte desse espaço para a constituição do Hospital Dia de Pediatria.

Estas soluções permitem ganhar qualidade no tratamento do utente, maior amenidade em relação ao acompanhante e constituir uma política de Internamento, que permita ter em conta também as idades e não apenas as patologias, tendo sempre por base uma abordagem multidisciplinar.

Neste âmbito, podem também criar-se consultas de Enfermagem com registos próprios, folhas de registo da actividade com base na Portaria que fixa o preço dos actos diagnósticos e terapêuticos, permitindo uma avaliação mais real da produção assistencial feita pela equipa de enfermagem do serviço.

A par das possíveis renovações ao nível da estrutura física e da organização do trabalho, deve ser realizado todo um trabalho de avaliação, monitorização, planeamento e acompanhamento da actividade prevista pelos vários serviços. Deve igualmente ser analisada a evolução dos custos associados à referida actividade (avaliação das necessidades de prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica de primeira ou segunda linha) actuando sobre os eventuais desvios detectados e procurando explicar situações dúbias de imputações.

Da mesma forma, deve avaliar-se a dotação de pessoal e sua formação, prever as saídas de alguns elementos procurando acautelar as repercussões inerentes a esta situação garantindo a manutenção dos saberes já existentes no Hospital.

Sem dúvida que é um trabalho extraordinariamente enriquecedor, que permite às diferentes chefias intermédias perceberem os vários vértices das abordagens possíveis a uma determinada questão, fazendo com que os intervenientes do Departamento estejam mais próximos e haja um esforço de partilha de linguagens.

Como é óbvio, a experiência desenvolvida por alguns hospitais demonstra que a implementação deste modelo de gestão tem também alguns pontos fracos, designadamente na fluidez da comunicação entre pares (intra-profissional), na partilha dos mesmos objectivos e na convicção acerca do modelo proposto (um dos possíveis).

No entanto, na sua essência, este é o modelo de gestão que norteia algumas Unidades Hospitalares que têm vindo sucessivamente a obter bons resultados, contribuindo também para evidenciar que há mais a ganhar quando se aposta numa estrutura intermédia de gestão partilhada, aproximando todos os que têm um papel na gestão dos Serviços/Departamentos.

Bibliografia:

- CARAPINHEIRO, G. (1998), Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares, Porto, Afrontamento, 3a edição.
- MORIN, E. M., SAVOIE, A., BEAUDIN, G. (1994), L'efficacité de l'organisation: théories, représentations et mesures, Montréal: Gaetan Morin.

* Administradora Hospitalar

3. Os Amigos de Alice

Artur Vaz*

Quando me foi pedido um texto sobre “como-é-que-um-gestor-vê-o-serviço-de-pediatria-de-um-hospital-geral?” aceitei, na certeza de que a minha experiência profissional com mais de vinte anos me ajudaria, certamente, a escrever algo que a não envergonhasse da escolha mas, também, com a convicção de que o facto de continuar a ser (mesmo agora que os meus filhos chegaram à idade de poderem ser pais) um pai babado e orgulhoso, me ajudaria ainda mais a escrever sobre um tema que me é tão caro.

Ao longo da minha vida profissional já trabalhei em todos os tipos de hospitais, uns com e outros sem pediatria e posso afirmar que, por mais que o sofrimento, a angústia, a tristeza das crianças e adolescentes nos mordam a carne mais fundo do que as dos adultos, um hospital inteiro é o que recebe e trata as crianças com o respeito e o carinho que elas merecem.

Podia escolher Cristo com o “deixai vir a mim as criancinhas” (demasiado paternalista) ou Pessoa com “o melhor do mundo são as crianças” (demasiado reducionista), mas prefiro exemplificar o meu texto com duas obras que adoro e que, ainda hoje, me acompanham no meu imaginário – As Viagens de Gulliver, de Jonathan Swift e Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carroll.

Um dos erros mais frequentes (e fáceis) quando se programa um hospital ou um serviço para crianças e adolescentes, é pensar que basta reduzir a respectiva escala – como se se tratasse, apenas, de adultos pequeninos, como os lilliputianos de Swift, em tudo iguais a Gulliver, salvo no tamanho.

Naturalmente que é preciso que a dimensão dos equipamentos e dos espaços acompanhe a estatura dos seus principais utilizadores. Obviamente que as condições de segurança devem estar salvaguardadas para evitar acidentes, sempre mais frequentes em pessoas tão activas e tão pouco atentas às agressões do meio. Claro que o ambiente deve ser estimulante e divertido, colorido e amigável quanto baste para ajudar a distrair quem o ocupa.

Mas um hospital ou um serviço para crianças e adolescentes é muito mais uma viagem ao País das Maravilhas com Alice, o Coelho Branco e o Chapeleiro Louco. É uma lógica diferente, outra linguagem, outra forma de prestar cuidados.

Costumo dizer que os Pediatras (e quem trabalha em pediatria) são especiais. E isso não tem só a ver com as memórias que guardo do meu Pediatra, o Dr. Bártolo, que nos meus tempos de infância e juventude no Porto, não só me tratava quando precisava mas que, com um sorriso de gato de Cheshire, gratificava a minha boca bem aberta e as impantes amígdalas com umas drageias coloridas que trazia num frasquinho dentro da sua pasta de João Semana, por entre as espátulas, o estetoscópio e a caixa das seringas e agulhas. Tem também a ver com o facto de serem médicos habituados a terem de explicar aos pais o que se passa com os filhos e a terem de explicar aos seus doentes o que se vai passar em linguagem acessível. No fundo, como eu gosto de pensar de mim mesmo, são pessoas que passaram para além do espelho de Alice, onde a linguagem é de afectos e sinais e em que a partilha (do bom e do mau) é um elemento essencial do sucesso.

De facto, um hospital ou um serviço de pediatria é o espelho em que se revêem as convicções e valores de uma organização responsável pela prestação dos cuidados a este segmento da procura. As crianças e os jovens não só não são pequenos adultos como, para além do mais (sim, já sabemos que são o futuro dos países, das comunidades e das famílias), são efectivos sujeitos de direitos e obrigações, muitos dos quais bem diferentes os que se aplicam aos adultos, em atenção às suas específicas características (veja-se, a propósito, a declaração universal dos direitos das crianças). Nenhum hospital ou serviço pode basear a sua organização e funcionamento nas noções de favor (fazemos assim porque somos bons), de “politicamente correcto” (fazemos assim porque devemos) ou, ainda, de moda (fazemos assim porque é assim que agora se faz lá fora). A Pediatria é uma área da prestação de cuidados de saúde de uma grande transversalidade científica, mas com um limite temporal (na vida dos doentes) bem definido, o que facilita, simultaneamente, a compreensão das cadeias de processos envolvidos na prestação dos cuidados, a adaptação da prática às exigências específicas da sua “clientela” e uma importância assumida da comunicação como factor de sucesso. A Pediatria não é a Medicina Interna dos mais pequenos, assim como um serviço ou um hospital de Pediatria não devem ser uma espécie de Portugal dos Pequenitos, com toda a realidade muito bem reproduzida em miniatura.

Os clientes da Pediatria são pessoas inteiras sofrendo, num período relativamente curto da sua vida, uma série de transformações bem mais substanciais do que as que experimentamos no final da vida, exigindo não só conhecimentos específicos mas, também, o reconhecimento dos seus direitos próprios.

Por isso, mais do que as características dos espaços que se dedicam à Pediatria, o que importa é o espaço que os seus utilizadores ocupam no coração da organização que lhes presta cuidados.

E o coração das organizações é o núcleo estratégico de definição da sua Missão e dos seus Valores. Uma organização sem valores não tem coração. E uma organização sem coração não esgota o potencial da prestação de cuidados de saúde.

Uma organização que preste cuidados de saúde a crianças e adolescentes tem de possuir valores que os reconheçam como sujeitos de direitos de corpo inteiro, tem de assumir que as suas obrigações para com eles se não esgotam na mera prestação de cuidados de saúde. O reconhecimento da sua autonomia, do direito ao carinho, ao amor, ao desenvolvimento harmonioso, à reserva da sua intimidade (durante o processo de prestação de cuidados) são apenas exemplos do que se espera de uma organização com coração.

O meu filho mais velho sempre foi muito alto para a idade. No jardim de Infância, com três anos de idade, tinha dificuldades acrescidas por causa disso. Um dia, desesperado, quando o fui buscar ao fim da tarde, chorando, reclamou: “Eu sou grande, mas eu sou pequenino!”. Na sua forma directa de se expressar, o meu filho gritava contra as aparências. Por mais que se pareçam connosco, adultos, as crianças e os adolescentes têm o direito à sua diferença em todas as situações, em todos os sítios. E, por maioria de razões, num hospital. Que eles não são os lilliputianos de Swift.

Eles são os amigos de Alice!

* Administrador Hospitalar

II. O Bebê, a Criança e o Adolescente no Hospital

1. Contextualização

Maria José Gonçalves*

Muitos progressos se fizeram no acolhimento das crianças nos estabelecimentos de saúde desde que Spitz descreveu o quadro de hospitalismo (1945) em crianças institucionalizadas e separadas das mães durante o primeiro ano de vida. Este autor verificou que os danos causados pela privação dos cuidados e do amor maternos eram irreparáveis em áreas como o desenvolvimento psicomotor, da autonomia e o desenvolvimento da linguagem. Verificou ainda que a taxa de mortalidade atingia níveis muito elevados: 37% nos 2 primeiros anos de vida.

A importância das relações de vinculação para o crescimento psico-afectivo das crianças tem recebido numerosas confirmações científicas. Foram constatados em vários estudos que as crianças que não estabeleceram relações de vinculação estáveis ao longo dos dois primeiros anos de vida, quer por terem sofrido separações repetidas ou por terem tido múltiplos cuidadores de cuidados, apresentam mais tarde perturbações da socialização, atrasos escolares, embotamento dos afectos. Sabe-se hoje que as consequências das separações precoces não são só psicológicas, mas também se manifestam ao nível do funcionamento cerebral.

Várias investigações mostram que o cérebro de um bebé sujeito a separações e roturas da vinculação sofre, entre outras, alterações no seu equilíbrio neuropsicológico e bioquímico, um aumento da produção de glicocorticóides cujo efeito tóxico sobre os neurónios, induz a morte cerebral e a eliminação de sinapses nomeadamente no sistema límbico.

Com esta chamada de atenção para os efeitos nefastos das separações da criança do seu ambiente familiar, da importância da presença dos pais e designadamente da mãe junto das crianças durante as hospitalizações, muito se avançou na "cultura hospitalar" com a disponibilização dos serviços para acolher as mães e os pais. Tentaram criar-se condições físicas agradáveis e adaptadas aos jovens pacientes: as enfermarias pediátricas, de cores alegres e brinquedos vistosos, dispõem da presença de educadoras de infância que propõem actividades apropriadas e nos hospitais mais sofisticados, outras distrações são proporcionadas como música, palhaços, etc.

Também no campo da dor e do seu tratamento se tem vindo a fazer grandes progressos, que muito têm contribuído para o bem-estar da criança, dos pais e dos próprios profissionais, aliviados do peso de ver ou fazer sofrer as crianças. A consciencialização cada vez maior da necessidade de diminuir não só a dor ligada à doença, mas também a dor associada aos próprios tratamentos e manipulações médicas é um benefício enorme no tratamento hospitalar das crianças.

A presença dos pais, a preocupação com o conforto e bem-estar da criança no hospital, o próprio apoio psicológico e pedopsiquiátrico de que grande número de enfermarias pediátricas dispõem, são conquistas relativamente recentes mas que revolucionaram o tratamento hospitalar do ponto de vista da chamada "humanização dos cuidados". Os hospitais já são lugares mais habitáveis. Mas será que poderão ser melhores? Acho que sim.

Hoje proponho-me falar um pouco mais em pormenor sobre o significado e o impacto da doença nas crianças e nos pais e nas relações com os profissionais.

Na vida dos seres humanos, a doença e a dor física aparecem como uma quebra de continuidade no fluxo da sua vida e nomeadamente da sua vida psíquica. Para a criança, a doença traz modificações na sua vida que adquirem grande importância do ponto de vista emocional e tem significados diferentes que variam consoante:

- a intensidade e a qualidade do vínculo que as liga aos adultos;
- as suas experiências de vida anteriores;
- a forma como os adultos, os pais e também os profissionais de saúde reagem à sua volta.

E por fim e não menos importante

- a idade, que determina não só o grau de compreensão da situação mas também a qualidade da ansiedade e o tipo dos mecanismos de defesa que a situação desencadeia.

Para a criança, é difícil distinguir as limitações e o sofrimento inerente à doença, das dores impostas pelos próprios tratamentos, associadas

às limitações da mobilidade ou alimentares, à administração de medicação oral ou injectável e até às modificações inevitáveis nas atitudes dos pais que alteram o clima afectivo da relação pais-filhos. Todo este conjunto de alterações pode ser vivido, e é muitas vezes, como uma situação traumática que leva a modificações importantes no funcionamento mental da criança (A. Freud, 1952). São frequentes os comportamentos regressivos, aparecem mais manifestações agressivas, e também por vezes um maior desinteresse na relação com as pessoas e com os objectos que as rodeiam. As intervenções cirúrgicas, em particular, activam medos da criança, ligados às fantasias de serem atacados, mutilados, ou castigados.

As ansiedades desencadeadas por estas fantasias são de intensidade variável, conforme as experiências anteriores da criança, mas implicam sempre o despoletar de mecanismos de defesa, como a negação da doença, o evitamento do contacto, à inibição de pensar com consequente dificuldade na adaptação à doença (recusas de se deixar tratar ou observar, negativismo, ou agitação e agressividade).

Há uma descrição interessante de uma mãe que fez um diário sobre a hospitalização curta da sua filha de 4 anos para ser amigdalectomizada que mostra bem as vicissitudes deste tipo de processo psicológico (A. Freud, 1956) e que ilustra o que acabo de dizer.

Esta menina (A.) beneficiou de uma preparação cuidadosa e atenta (a mãe foi-lhe explicando o que a esperava no hospital de forma simples e tranquila) e da presença permanente da mãe durante a hospitalização. No entanto, ainda antes da operação, A. começou a manifestar sinais de ansiedade, relacionados com a anestesia (recusava ingerir alimentos pela boca - a mãe ouviu-a dizer a ela própria "não comas isso senão vais ficar a dormir") com a ideia da mutilação corporal (recusava usar garfo e faca e comia com as mãos dizendo "as facas fazem buracos na boca").

Depois apareceram os medos relacionados com a morte: A. ouviu uma ambulância e disse "uma menina morreu". "Porquê" - pergunta a mãe. "Porque chegou o tempo de ela morrer". A separação foi vista como um castigo contra os maus: "as crianças que se portam mal também vão para longe de casa?". Estas ansiedades traduziram-se num comportamento irritável, exigente, com mais birras, maior agressividade.

Finalmente, na véspera da hospitalização e apesar de todas as explicações com que a mãe a foi tentando acalmar, manifestou uma recusa veemente de ir para o hospital, ("as crianças não têm de ir para o hospital", "as crianças não têm de morrer"), que revelava o seu sentimento de impotência e desamparo face a uma situação tão perturbadora.

Através do relato da mãe, constata-se ainda que, durante a hospitalização, o que mais perturbou a criança foi a interrupção do estado de consciência provocado pela anestesia. Durante alguns dias, bombardeou a mãe com uma série ininterrupta de perguntas, com que tentava preencher o vazio do tempo, ("em que qualquer coisa que ela não sabia podia ter acontecido") e começou a ter dificuldades de sono. Já em casa continuou a manifestar ansiedade e a exigir presença da mãe antes de adormecer.

Outros comportamentos reveladores do impacto prolongado desta curta hospitalização (3 dias) foram o aparecimento de atitudes de ambivalência em relação à mãe, vista como protectora e ao mesmo tempo a responsável pelas "maldades" que lhe tinham feito, o que fazia oscilar de forma abrupta o seu comportamento que ia de reacções de grande ternura até reacções de grande oposição e zanga.

Só ao fim de 2 meses a situação ficou completamente ultrapassada.

Esta descrição mostra bem que mesmo nas melhores condições de preparação e em situações benignas, as hospitalizações e as manipulações médicas ou de enfermagem despertam ansiedades nas crianças, que é preciso acolher, compreender e transformar.

Por maioria de razão, as doenças graves e dolorosas e as técnicas invasivas, despoletam ansiedades profundas ligadas à imagem corporal, à morte, à solidão e abandono. O estudo dos desenhos dos doentes ou a escuta do seu discurso é bastante eloquente da forma como as crianças vivem estas situações e do impacto nas representações que têm de si e da família (Oppenheim, 2003).

Gostaria de me deter um pouco sobre o problema da dor. M. Fleming (2003) questiona-se sobre se a dor é só uma ou se devemos considerar a existência de 2 tipos de dor: a física e a psíquica. Dificil resposta, que nos remete para a continuidade soma-psiue. É a continuidade somato-psiue que nos permite afirmar que toda e qualquer dor física tem repercussões no psiismo do individuo, tal como a dor mental, quando ultrapassa os limites do aparelho psiico do individuo se transforma em dor física.

A sensação de dor, que etimologicamente significa "romper, rasgar, abrir fenda", corresponde a uma vivência de ruptura, de brecha, de rasgadura na barreira de protecção do individuo, de implosão, ameaçando o sentimento de continuidade corporal e da continuidade psiue (M. Fleming). No caso da dor física, a rotura passa-se ao nível corporal, invadindo o psiismo do individuo; no caso da dor mental trata-se duma rotura na barreira de protecção psiue em relação aos afectos dolorosos, instalando-se por vezes sensações de verdadeira dor física, como todos sabemos. No entanto, quer a dor física, quer a dor mental que lhe está associada podem ser transformadas num

sofrimento mais tolerável (sofrimento vem do latim, "suffere" que significa tolerar, suportar, aceitar) desde que sejam acolhidas na relação com outro, que possa ajudar a pensar e a nomear essa dor.

No caso das crianças, esse outro é a mãe, primeira e fundamental figura de vinculação, que desde o início da vida do bebé vai reconhecer, identificar, interpretar e nomear os seus estados afectivos e transformá-los em palavras e, deste modo, aliviar o seu mal-estar.

A doença física, sobretudo nas situações de maior gravidade, é um verdadeiro terramoto que atinge a vida da criança e a dos seus pais, não só no plano real, mas também no plano dos afectos, das fantasias, do equilíbrio das relações interpessoais, das representações de si próprios e dos outros, interferindo com o próprio pensamento e alterando a imagem corporal, como já referi.

Permito-me recorrer a uma citação de M.Fleming (2004) "a dor sem sentido é intolerável, arranca o ser da sua existência, retira o sentido à vida e é a própria vida que se torna intolerável. O desamparo, o desespero, apoderam-se do ser humano que se sente insignificante, atingido na sua auto-estima, na sua dignidade, indefeso e abandonado perante o sofrimento".

É muitas vezes com um estado de espírito semelhante ao descrito por Fleming que as crianças entram numa enfermaria pediátrica. E não só as crianças. Também os pais, porque as dores de um filho são sentidas por um pai ou por uma mãe como se fossem deles, maior que as deles, ao mesmo tempo que se sentem impotentes para as aliviar e indefesos perante o perigo que a própria vida comporta.

Os pais sentem-se quase tão desprotegidos como os filhos e o sofrimento que a doença dos filhos lhes causa provoca neles uma espécie de sideração do aparelho psíquico, que lhes retira capacidade para responderem cabalmente a tudo o que se espera deles: uma atitude tranquilizante para com os filhos, uma colaboração activa com o pessoal médico e de enfermagem e uma presença permanente, quaisquer que sejam as condições de conforto ou desconforto que lhes são oferecidas.

Não obstante, é sabido que uma das funções mais importantes da função maternal é a capacidade das mães compreenderem e aceitarem o desconforto das crianças e poderem assim aliviá-lo. Se uma mãe não estiver disponível, pelo seu próprio estado psicológico, para "pensar" o mal-estar da criança, esta fica entregue às sensações dolorosas que invadem o seu corpo, que não sendo transformadas em pensamentos nem associadas a afectos, se mantêm no interior do aparelho psíquico e provocam uma impossibilidade de pensar, um bloqueio do pensamento e uma impossibilidade de libertar ou ser libertado da dor.

Usando esta conceptualização, podemos dizer que a efracção que a doença física grave ou a dor física, com o correspondente bombardeamento de sensações e afectos dolorosos, provoca uma brecha na capacidade de pensar da criança e que ela fica muito mais dependente da função calmante do exterior, nomeadamente dos pais.

Acontece que nestas circunstâncias os próprios pais estão extremamente fragilizados, ou mesmo siderados do ponto de vista psíquico e perdem a sua própria capacidade de escutar e de pensar (a função continente, segundo Bion), impedindo-os de devolver aos filhos, sob uma forma tolerável, o que de tão negativo lhes chega do contacto com eles. Tornam-se eles próprios muito vulneráveis e dependentes do contacto com os médicos e com as enfermeiras.

Que fazer então para ajudar as crianças e os pais a viverem melhor e com menos sofrimento a sua doença?

Para se poder saber o que fazer, é preciso reconhecer o impacto destas situações nos próprios profissionais de saúde e ter em linha de conta os efeitos desorganizadores do sofrimento infantil sobre o seu próprio aparelho psíquico. Tal como os pais, também eles sentem a ansiedade, a insegurança, o medo de errar, sentimentos quase sempre potenciados pela consciência de serem os agentes causadores das dores infligidas às crianças, pelos cuidados e tratamentos que são obrigados a fazer, de serem "os maus da fita". Num estudo feito numa unidade de cuidados intensivos de neonatologia no Luxemburgo, Jacoby e col. (2003) analisaram o discurso dos profissionais e verificaram que as enfermeiras se referiam aos tratamentos a que submetiam os recém-nascidos, usando palavras como "brutalidade", "ataque", "maus tratos", "sevícias", "agressão", atribuindo-se claramente um papel sádico, e queixando-se que as tensões vividas no trabalho invadiam as suas vidas. Tal como os pais, também as equipas médicas, que vivem no seu dia-a-dia profissional e no contacto com os doentes experiências dolorosas, recorrem a várias estratégias para se protegerem do que pode ser considerado um ataque ao seu equilíbrio psíquico: o evitamento do contacto com os doentes e com os pais, a multiplicação de profissionais envolvidos, os numerosos procedimentos e investigações médicas, a falta de comunicação entre si, com os pais, com as crianças.

A organização dos serviços, as rotinas, os contactos interprofissionais são assim determinados em grande parte pela necessidade que os profissionais têm de se proteger daquilo que sentem como um bombardeamento de afectos negativos e para o qual não têm resposta.

O pedopsiquiatra de ligação ou o psicólogo é muitas vezes chamado para colmatar esta falha, para assegurar o papel e a função de contenção junto dos pais e dos doentes, de estabelecer as ligações entre a vivência e o afecto, entre a experiência e o pensamento. Mas

esta intervenção é uma intervenção parcelar que vai no sentido de separar artificialmente “as coisas do espírito das coisas do físico”. Cada indivíduo, cada criança deve ser vista na sua globalidade somato-psíquica e se queremos um melhor atendimento das crianças e dos pais nos nossos hospitais temos que transformar os locais de tratamento em “locais de escuta, de palavra, de pensamento em benefício da saúde dos doentes,” (Sibertin-Blanc, 2003).

Para isso, é necessário implementar algumas práticas que teriam ao mesmo tempo um carácter formativo.

Um primeiro aspecto seria promover um diálogo interprofissional e multidisciplinar não centrado apenas na doença física, mas que abrangesse também as suas implicações psico-somáticas. Este diálogo iria reforçar as competências dos profissionais, médicos e enfermeiras directamente envolvidos com o caso e a sua segurança emocional para abordarem aspectos delicados do tratamento ou da evolução da doença com os pais e/ou com as próprias crianças. A presença dum pedopsiquiatra durante as visitas dos serviços seria uma boa medida. Não devemos esquecer que, para os doentes, as pessoas de referência numa enfermaria são o seu médico assistente, que supostamente conhece a sua doença e o pessoal de enfermagem que lhe dá os cuidados, que faz os tratamentos, que conhece o seu corpo. Por isso é tão importante que haja um médico assistente designado e que seja esse médico que assuma a liderança e a iniciativa do diálogo.

A este respeito gostaria de salientar a importância da informação correcta e tanto quanto possível verdadeira sobre a doença e sobre os tratamentos, para o alívio da ansiedade dos pais e das crianças. Este alívio produz efeitos surpreendentes no seu estado de espírito e como disse deixam de se sentir tão ameaçados. As defesas que serviam de escudo contra a ansiedade deixam de ser necessárias e torna-se possível voltar a usar o pensar na comunicação.

Um segundo aspecto diz respeito à necessidade de criar espaços de discussão (sobretudo nos serviços mais difíceis, em que o risco de vida ou de sequelas permanentes está mais presente) com o apoio dum pedopsiquiatra que não pertença à equipa, em que os profissionais de saúde possam abordar as suas dificuldades em lidar com as situações mais difíceis e que as possam compreender no contexto do doente e também no próprio contexto da enfermaria.

A discussão não só ajudaria no caso pontual, mas também aumentaria a compreensão dos mecanismos psicológicos subjacentes a determinados comportamentos dos doentes, das famílias e dos próprios profissionais, aumentando a sua capacidade para tratar melhoras crianças. Este espaço de discussão funcionaria como “continente”, no sentido de Bion, das ansiedades dos técnicos, ajudá-los-ia a pensar melhor os seus actos clínicos e a compreender as suas próprias reacções. Passariam a estar em melhores condições de “devolver” aos seus jovens doentes alívio para o seu sofrimento, através do diálogo e da empatia.

A escuta de que seriam alvo, ajudá-los-ia a desenvolver uma maior capacidade de escuta, uma maior empatia, a que Coimbra de Matos chama capacidade de afinação afectiva, com o doente e com os pais.

Criar-se-ia entre as equipas médicas, de enfermagem, pais e crianças um ambiente de diálogo, um espaço de comunicação e afecto que muito contribuiria para o bem-estar das crianças nos serviços de saúde

Bibliografia:

- Fleming, M. (2003), Sobre a Dor Mental, Monografia da Sociedade Portuguesa de Psicanálise.
- Freud, A. (1952), The role of body illness in the mental life of the children in *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 51-81.
- Oppenheim, D. & Hartmann, O. (2003), « L'expérience du cancer des enfants illustrée par leurs dessins » in *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 51, 145-152.
- Robertson, J. (1962), “A mother's observation on the tonsillectomy of her four-year-old daughter”, in *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 410-437.
- Sibertin-Blanc & Vidaillet, C. (2003), « De l'effraction corporelle à l'effraction psychique » in *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 51, 1-4.
- Spitz, R. (1946), “Hospitalism, a follow-up report” in *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 113-119.

2. (Pré) conceitos...

Rosa Varanda*

As histórias andam por aí... soltas, leves, com dono, se as quisermos procurar.

Não acreditam?

Experimentem, um dia, parar para pensar, para perceber como fazemos, o que dizemos, como sentimos as coisas e os outros que acolhemos... Basta folhearmos as páginas da nossa memória, num mecanismo fantástico, onde sem suspeição, podemos rever a nossa disposição, a nossa convicção, a dicção, o nosso olhar, o toque, os gestos, a velocidade, a rotina... quando recebemos alguém...

E estas palavras iniciais, vagas, gerais, que podem encaixar em muitos outros temas, vêm somente a propósito dum pedido que me foi dirigido – “fale-nos sobre o acolhimento da criança e dos pais, em seu nome pessoal”.

Fiz ponto final, fui de férias e aqui estou, a tentar concretizar esse objectivo, encontrando um fio à meada para que ao ser desenrolada não fique emaranhada...

Ao fim de 25 anos de experiência profissional na área pediátrica, não conseguirei, neste contexto, teorizar, ou sistematizar mais princípios que inovem e conduzam à humanização dos cuidados, do que aqueles que já estão escritos em tantos espaços e que só não os conhece quem não quer ou não está interessado. Fora de questão esta primeira hipótese, pelo que subitamente me pareceu não existir nada para comunicar!

Hum... mas terei que pensar em algo, porque não desisto às primeiras...!

Escutei então o que procuro distinguir nesta reflexão que faço agora e neste jogo de palavras e de concentração encontrei um episódio recente, digno de ser relatado – (aquilo a que chamei as histórias soltas e leves, com dono, se as quisermos procurar).

Nele mesmo, revejo alguma cumplicidade, que nem sempre nos apetece assumir ou revelar, mas a intenção é única – reflectir sobre o que experienciei com pais e crianças, para concluir que se o princípio na relação com o outro não for o da compreensão e do respeito integral pela sua condição, os pais não se sentem acolhidos... o ambiente não se humaniza, temos dificuldade de os envolver e de os tornar parte integrante da equipa...

E um dia aconteceu...

Estava de coordenação dos serviços de enfermagem no hospital onde trabalho e o serviço de pediatria estava com muito movimento e muito trabalho para o número de enfermeiras de serviço.

Sempre que isto acontece, e é possível, entro na prestação directa de cuidados.

Da urgência pediátrica informavam que havia mais um internamento. Comuniquei às colegas que eu própria iria receber a criança, deslocando-me então à urgência, no piso 1.

Recebi a informação relativa à situação, apresentei-me aos pais – um casal muito jovem com o seu bebé de 12 meses, que tinha um quadro clínico banal, para esta idade.

Na apreciação geral percebia-se que o bebé não necessitava de cuidados imediatos, que os pais estavam calmos, com alguma despreocupação e à vontade. Vestiam de forma muito humilde e pouco cuidada.

Apresentei-me, brinquei, mimei e aconcheguei o bebé, para podermos transportá-lo e iniciei a integração aos pais no espaço físico... “queremos muito que se sintam bem neste hospital, e que o serviço seja também um “hotel de cinco estrelas”... Mas para se sentirem bem e poderem colaborar com toda a equipa, é necessário que conheçam algumas regras do seu funcionamento... ..”

No percurso entre o piso 1 e o piso 3 fui dizendo, informando, explicando as razões, mostrando os espaços... as várias entradas e a que devem usar sempre, o refeitório onde os pais podem tomar as refeições que o serviço fornece, o alojamento dos pais, a sala de actividades, a sala de refeições... até ao quarto onde iria ficar a criança. Neste espaço de tempo foi possível apresentar a enfermeira que ia ficar responsável pelos cuidados.

Instalada confortavelmente a criança, ao colo da mãe pois ficou chorosa, continuei com a intenção de poder concluir este primeiro momento do acolhimento, perguntando-lhes se sabiam ler, pois o manual de acolhimento, que temos preparado para os pais, completava a informação.

Bem, aqui os pais reagiram violentamente perguntando-me se eu pensava que eles viviam no terceiro mundo... quem era eu para poder pensar que eles não sabiam ler... somos ciganos mas não somos burros... Você acha-se superior, não é?

Pensei de imediato, são mesmo ciganos... terei que ter calma e tentar conduzir este momento desagradável que nunca me tinha acontecido, com saber e racionalidade.

Sem entender qual a razão para tanta agressividade no discurso, pedi desculpa pela pergunta, que a intenção não era magoar ou incomodar... que os pais são bem-vindos... etc., etc.

Deixei o quarto e procurei a enfermeira, a quem pedi para “salvar este episódio” e levar estes pais a um sentimento diferente... Na verdade a enfermeira que iria continuar os cuidados era a pessoa com o perfil adequado para o conseguir. Calma, com uma voz doce, com gestos suaves, não muito faladora, mas com uma presença muito eficaz, capaz de conquistar estes pais.

E assim aconteceu, até porque os pais não tinham fortes razões para terem reagido como descrevi.

Não saiu facilmente da minha cabeça o episódio... Tentei entender, detendo-me sobre as palavras e o sentido que lhe dei, onde a insinuação possa ter passado, sobre o desconforto que senti, por ter sido tão directa na abordagem duma questão importante – o analfabetismo – pelos juízos de valor que fiz, face à sua rudeza e ausência de higiene e que provavelmente deixei passar, para quem não devia...

Talvez as muitas experiências anteriores com utentes de etnia cigana, de hábitos enraizados, mas com os quais, apesar de pouco cumpridores, sempre estabelecemos um bom ambiente no serviço, onde a afectividade também faz parte dessas relações, onde as verdades difíceis são sempre ditas a brincar... onde quase tudo se harmoniza, me tenha aligeirado a sensibilidade para acolher...

Na vida deste serviço ao qual me orgulho de pertencer, são poucos os episódios negativos na satisfação dos utentes face aos cuidados globais, pelo que este acontecimento mereceu a minha atenção perante a equipa. Este foi uma mais valia no crescimento profissional do grupo, encurtando o caminho para a excelência dos cuidados.

Só poderemos desenvolver competências se reflectirmos sobre as experiências...

Foi o que fiz.

* Enfermeira Chefe Hospitalar

3. Acolher... É Receber... É Dar... É Partilhar...

Alice Curado*

O século XX foi marcado pela evolução tecnológica e por um grande número de movimentos na área social, que privilegiaram sobretudo questões ligadas aos direitos humanos e direitos da criança. Portugal acompanhou estes movimentos e criou legislação (acompanhamento da grávida no parto - Lei 14/85; acompanhamento da criança pela pessoa significativa - Lei 21/81 de 19 de Agosto; idade pediátrica, Despacho da DGH 24/87; alimentação aos pais - Lei 26/87 de 13 de Janeiro, protecção da maternidade – Lei 17/95), no sentido de promover cuidados mais humanizados à criança/família.

As políticas de saúde, na área da mãe e da criança, evoluíram de forma significativa se tivermos em conta todo o trabalho desenvolvido por diferentes grupos profissionais, dos quais destacamos a Comissão Nacional de Saúde Infantil e, em continuidade, a Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança. Algumas das preocupações destes profissionais estavam intimamente ligadas à humanização dos cuidados, privilegiando o acompanhamento das crianças pela família e a diminuição do número e tempo de internamento nas unidades de pediatria. A acrescer ao reconhecimento das vantagens económicas encontram-se sobretudo os benefícios psicológicos e sociais para a criança/família, dado que os problemas inerentes à privação emocional podem estar no mesmo patamar dos problemas inerentes à privação física, ou serem mesmo mais graves, sobretudo se tivermos presente a dor emocional e desorganização estrutural (Brazelton e Greenspan, 2003).

Em 1993, o relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil reforçou estas e outras questões, chamando a atenção para as grandes alterações ligadas aos conceitos na área da pediatria e também para as mudanças a efectivar ao nível dos comportamentos de quem cuida de crianças e jovens nas diferentes unidades de saúde. Todos estes aspectos destinavam-se a cumprir as exigências de cuidados pediátricos «mais modernos» onde se respeitavam os direitos da criança e das famílias, tal como consta da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2000). Passada mais de uma década, muitos dos problemas ainda se mantêm, o que faz com que cada vez mais nos interroguemos sobre a nossa postura como profissionais e de que forma exercemos e ajudamos os outros a exercer o seu direito de cidadania.

Ao cuidarmos de crianças/pais, não podemos esquecer que o primeiro contacto é decisivo para estabelecer uma relação baseada na confiança e no «cuidado». Assim, os profissionais que recebem as crianças/jovens e a sua família nas unidades de internamento devem, num primeiro momento, apresentar-se pelo nome, relatar as suas funções e competências e, deixar que eles façam o mesmo, permitindo uma partilha onde se articulam as diferenças e se cria uma dinâmica de respeito e confiança (Petit, 2004). Quando cuidamos de um bebé, de uma criança ou de um jovem temos que ter sempre presente que (...) *o cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento (...)* «o conceito de prestar cuidados» ou «cuidar» *designa esta atenção especial que vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem estar, a promover a sua saúde* (Hesbeen, 2000: 9-10).

Cuidar é acolher em empatia, com atenção e respeito. Acolher do latim «*accolligére*», *significa receber quem chega* (Academia de Ciências de Lisboa, 2001) e receber a criança/jovem no hospital não é mais do que a (...) *recepção feita a alguém, àquele que chega como um desconhecido* (Honoré, 2004: 214). Esta recepção pode começar desde a sala de partos até à unidade pediátrica e pode ser influenciada pelo contexto, idade/desenvolvimento da criança, a situação de saúde/doença, experiências anteriores, medos, angústia, apreensão e muito particularmente a circunstância de vulnerabilidade da criança e da família.

É do conhecimento geral que, a mulher acarinhada e apoiada pelo companheiro durante a gravidez beneficia de menos complicações durante o parto e faz um melhor ajustamento ao bebé no pós-parto (Williams, 1999). Por outro lado, o apoio continuado durante o trabalho de parto faz com que o casal adquira competências que lhes permitem «criar» o recém-nascido de forma mais construtiva, visando um desenvolvimento harmonioso da criança. As relações fortes, sólidas, empáticas e afectivas dos adultos fazem com que as crianças aprendam a «olhar» o outro de forma solidária e afectiva, conseguindo ultrapassar os seus medos, comunicando os seus sentimentos e desejos... aprendendo a relacionar-se com o mundo à sua volta (Brazelton, 1988). Importa também ter sempre presente que os bebés e

as crianças têm necessidade de um «continuum» de afecto e carinho nas suas relações, de forma a poderem manter a sua saúde física, emocional, social e intelectual. Precisam também de cuidados sensíveis e afectivos que lhes permitam criar e desenvolver capacidades de confiança, empatia e solidariedade (Brazelton e Greenspan, 2003).

Para uma análise dos pressupostos referidos anteriormente, algumas questões têm que ser equacionadas relativamente aos profissionais de saúde. Será que acolhemos com atenção as nossas crianças? A legislação existente no nosso país influencia a nossa protecção sobre a criança/família? O acolhimento na sala de partos é cuidadoso? Cumprimos a lei e permitimos sempre a presença do pai nas salas de partos dos nossos hospitais? Ao acolhermos um bebé (com necessidades especiais), numa unidade de neonatologia respondemos às suas necessidades e da sua família? Estamos atentos quando este bebé não corresponde às expectativas paternas? Aceitamos a negação da situação como facto natural? Não recriminamos nem responsabilizamos os pais, fazendo com que eles não potenciem a sua culpabilidade face à situação da criança? Damos apoio e atenção desde o primeiro contacto? Quando acolhemos a criança e o adolescente, adaptamos a comunicação ao seu estágio de desenvolvimento? Damos tempo para que a criança/família se adapte à situação de doença? Respeitamos as necessidades específicas de cuidados? Privilegiamos o respeito, a identidade e a autonomia da criança/família? Se conseguirmos colocar-nos no lugar do «outro», neste caso da criança/jovem e família quando a «acolhemos» e se respondermos de forma assertiva a estas e outras questões decerto que «damos» e «recebemos», mas sobretudo partilhamos.

Porém, muitas vezes, presenciámos um cenário diferente. As crianças são admitidas nos nossos serviços sem qualquer tipo de preparação, o que pode fazer com que o acolhimento seja (...) *vivido na tensão entre o enclausuramento e a abertura. O outro é muitas vezes recebido com as normas de quem o acolhe, que o absorve com as suas palavras, os seus gestos, as suas atitudes. As suas representações, as suas concepções, esquecendo que ele próprio é acolhido. O acolhido assume a formalidade conveniente à norma, prevista por quem acolhe, para aquilo que há a fazer* (Honoré, 2004: 215).

Como é do conhecimento geral, nos serviços hospitalares, e a pediatria não é excepção, desde o contacto inicial que o utente é (...) *colocado no papel de doente, pelo menos de paciente. Trata-se de uma recepção no «faz-se» do mundo hospitalar, aí onde o «cuida-se» é, muitas vezes, entendido como «ocupa-se de doenças». O acolhimento é então enclausuramento e preparação do outro nos moldes necessários à hospitalização medicalizada (Ibidem)*. Isto pode ser retratado como um problema cultural, dado que este tipo de acolhimento está frequentemente enraizado nos profissionais de saúde, mas está ainda mais nos pais e nas famílias, pois estes, quando os seus filhos necessitam de cuidados hospitalares, colaboram neste «enclausuramento», por insegurança e medo que não cuidem bem dos seus filhos (...) *demonstrando eles próprios, na sua maneira de se apresentar, as formas como representam aquilo que deles se espera para serem «bem recebidos», admitidos* (Honoré, 2004: 215). O ambiente hospitalar, por si, retira-lhes em parte o poder de decisão, uma vez que têm que se sujeitar a um conjunto de normas e regras estabelecidas e paralelamente a diferentes estilos de cuidar, inerentes a cada profissional.

Os profissionais de saúde devem ter presente a problemática inerente ao sofrimento da criança/família, acolhendo-a numa dinâmica de «reciprocidade», ou seja acolher a criança na unidade e ao mesmo tempo permitir-lhe que os acolha, passando do acolhimento ao envolvimento e progredindo numa relação de ajuda efectiva. Neste percurso, pais e crianças valorizam todos os pormenores, (...) *notarão o tom de voz, linguagem e todos os indicadores não verbais como a postura, o vestuário, a expressão facial (...)* É a partir do que foi vivenciado na primeira interacção que a relação de ajuda se estabelece ou não (Jorge, 2004: 87), assim, os profissionais de saúde necessitam redobrar os seus cuidados.

A nossa postura enquanto profissionais deve privilegiar o reconhecimento da criança/jovem e família como indivíduos únicos e favorecer a sua implicação nos cuidados para que se sintam parte integrante do «processo cuidador». Quem cuida de crianças tem de “continuar” ou “passar” a considerar os serviços de pediatria como lugares onde, para além do acolhimento às crianças nas suas circunstâncias de doença, se promove a educação para aumentar o potencial de saúde. Pois como refere Honoré, (2004: 220) *o hospital deveria ser, também, o lugar de «aconselhamento» sobre as mudanças a fazer, eventualmente, nas actividades e no estilo de vida.*

Mais do que dizer «vamos ocupar-nos de si» a alguém que, muitas vezes, assumiu ele próprio o estatuto de doente antes de chegar, é preferível

recebê-lo dizendo-lhe: «*nós vamos, consigo, ocupamo-nos daquilo que lhe está a acontecer*», ou seja, ajudar a criança/jovem/pais a tomarem decisões informadas sobre a saúde.

Bibliografia:

- Brazelton, T. Berry (1988), O Desenvolvimento do apego: Uma família em formação, Porto Alegre, Edições Artes Médicas.
- Brazelton, T. Berry; Greenspan, Stanley L. (2003), A Criança e o seu Mundo. Requisitos Essenciais para o Crescimento e Aprendizagem, Lisboa, Editorial Presença.
- Comissão Nacional de Saúde Infantil – Ministério da Saúde (1993), Relatório, Lisboa, Edições do Ministério da Saúde.
- Academia de Ciências de Lisboa (2001), Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, Lisboa, Verbo.
- Hesbeen, Walter (2000), Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar, Loures, Lusociência Edições.
- Honoré, Bernard (2004), Cuidar, Loures, Lusociência Edições.
- Instituto de Apoio à Criança (2000), Carta da Criança Hospitalizada, Lisboa, Edições IAC.
- Jorge, Ana M. (2004), Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem, Loures, Lusociência Edições.
- Petit, Corinne (2004), “Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade”, in Walter Hesbeen, (Dir.), Cuidar neste mundo, Loures, Lusociência Edições.
- Williams, Rhea P. (1999), “Dinâmica Familiar da Gravidez”, in Irene M. Bobak et al (Org.), Enfermagem na Maternidade, Loures, Lusociência Edições.

* Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Mestre em Desenvolvimento da Criança, Professora Coordenadora de Enfermagem

4. A Qualidade na Urgência

Bilhota Xavier*

É consensual que a doença fragiliza o Ser Humano.

Perante a necessidade de recorrer a um serviço de urgência, qualquer pessoa se sente pequena e vulnerável face ao profissional que a atende e desconfortável ao enfrentar o ambiente hospitalar.

Estes sentimentos intensificam-se quando o doente é uma criança. Os medos e a insegurança alastram na família, já de si fragilizada, bloqueando-lhe a racionalidade e a capacidade de reacção.

Nestas circunstâncias, o respeito pelas crianças e adolescentes em situação de urgência deve redobrar, sendo imprescindível reforçar, com clara intencionalidade, a qualidade do atendimento que se lhes presta.

Assim pugnamos para que toda a instituição hospitalar que presta cuidados de urgência a crianças tenha uma urgência pediátrica (UP) em espaço próprio, com um ambiente adequado à criança e profissionais preparados para lhe prestar cuidados de qualidade e humanizados.

As instituições devem organizar-se de forma a que todas as decisões tenham sempre presente a centralidade da criança, as suas necessidades e preocupações, o acolhimento e esclarecimento dos seus familiares.

Os profissionais devem como que despir as “batas” e percorrer todos os passos dados por quem procura ajuda: entrarem pelas mesmas portas, sentarem-se nas mesmas cadeiras, servirem-se das mesmas casas de banho, ler e receber as informações facultadas, tentar sentir e pensar, como utentes, agir, antevendo as legítimas expectativas das crianças e famílias.

E, ao começar a caminhada...

Começamos pela **sinalização** – em situação de aflição, pode tornar-se um sério problema não encontrar devidamente sinalizada a UP que se procura. Após ultrapassar a cerca do hospital, a sinalética deve permitir a sua identificação rápida e fácil, quer de dia, quer de noite, devendo ser ponderada a necessidade de estar escrita em português e em inglês.

Logo em seguida, a **inscrição** – é o primeiro contacto com o Serviço e dela depende muitas vezes, por estranho que pareça, a percepção final da qualidade dos cuidados prestados. Os funcionários administrativos, devem apresentar-se cordiais e disponíveis. É imperioso que conheçam e executem todos os procedimentos, previamente normalizados e aprovados, que regem de forma homogénea as actividades do processo de inscrição. Estes profissionais, como todos os outros, devem conhecer claramente os direitos dos doentes e ter sempre presente o imprescindível dever de sigilo.

Na **Sala de Espera** – torna-se indispensável a existência de condições adequadas a um acolhimento de qualidade das crianças, adolescentes e acompanhantes. Todos devem sentir-se apoiados durante a espera que se deseja curta. As paredes devem ser de uma cor clara, que contribua para aliviar tensões, estarem bem conservadas e terem uma decoração leve e agradável, sem ser infantilizada, as cadeiras precisam de ser confortáveis, de cores alegres e em perfeito estado de manutenção, escolhidas avaliando a sua funcionalidade e segurança. A área do espaço deve ser suficiente para que a maioria das pessoas possam estar sentadas e seja fácil a circulação dos carrinhos de bebé e de cadeiras de rodas. Quanto ao ambiente, deve ser climatizado e protegido contra correntes de ar e insectos. É desejável também que os meios de comunicação estejam em bom estado de funcionamento. Para além do telefone público, o intercomunicador deve emitir mensagens perfeitamente audíveis em todos os pontos da sala. Uma outra condição imprescindível é o estado e as condições de higiene das casas de banho. Devem estar permanentemente limpas, adequadamente equipadas e sem lâmpadas fundidas. Devem existir instalações sanitárias para deficientes, fraldário, com Kit de emergência para mudança de fraldas e máquina dispensadora de água, leite, sumos, etc. Os contentores para lixo devem estar protegidos e preparados para acondicionar fraldas e pensos higiénicos. Em local próprio e perfeitamente visível, deve colocar-se toda a informação actualizada, necessária à clarificação dos passos e processos a seguir, à identificação de quem paga taxas moderadoras, ao esclarecimento de cidadãos estrangeiros sobre o direito de acesso aos cuidados de saúde, etc.

Na **Triagem** – as situações de emergência são detectadas facilmente, mas por vezes os pais não se apercebem da gravidade da situação. É assim indispensável que uma UP conheça, no mais curto de espaço de tempo, a situação clínica de cada uma delas, não devendo qualquer criança esperar mais do que 20 minutos depois da inscrição. A triagem deve ser efectuada por enfermeiros qualificados, utilizando protocolos padronizados e aprovados, a avaliação ter curta duração, a suficiente para separar com segurança as situações graves das menos graves, e ser feita de forma a garantir total privacidade e confidencialidade. O grau de prioridade atribuído deve ser dado a conhecer ao adolescente e/ou pais, de preferência por escrito, assim como o tempo previsível de espera para essa prioridade.

Observação Médica – todas as crianças, independentemente da patologia que as afecta, médica, cirúrgica, ortopédica, etc., devem ser observadas numa UP, de forma a evitar a perda do ambiente exigido para atender crianças e adolescentes e agravar ainda mais a sua ansiedade e angústia. Exceptuam-se as situações que implicam meios técnicos que obriguem a sua deslocação. O tempo de espera deve ser o estipulado para cada tipo de prioridade e a observação ser feita por profissionais qualificados. Estes devem ter formação clínica adequada ou especializada e treino específico para determinadas funções, como por exemplo reanimação cárdio-respiratória. É imprescindível que conheçam e cumpram os protocolos clínicos em uso no serviço e que essa condição se mantenha com a entrada de novos elementos.

Emergência – a triagem deve dar origem a um atendimento imediato por profissionais qualificados. Na sala de emergência, todos os equipamentos e medicação devem ser verificados diariamente, com recurso a listas de verificação e impressos próprios de registo autenticados pelo responsável. Os equipamentos devem ter ainda um plano de manutenção e calibração perfeitamente estabelecido de forma a garantir a sua fiabilidade e segurança.

Unidade de Internamento de Curta Duração – junto a cada urgência deve funcionar uma unidade que permita a vigilância permanente das crianças com patologia mais preocupante e a possibilidade de evitar um internamento mais prolongado. Esta unidade deve ter um ambiente acolhedor e confortável e condições que permitam a permanência permanente de um acompanhante.

Alta da UP – deve ser garantido que toda a informação é prestada e compreendida pelos adolescentes e pelos pais das crianças, sendo os dados clínicos pertinentes registados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, de forma a estabelecer pontos de comunicação com outros profissionais de saúde e garantir uma correcta continuidade de cuidados. Deve ser salvaguardado no entanto que toda a informação sensível tenha uma circulação restrita, garantindo a sua confidencialidade. Embora menos importante, a informação sobre os actos administrativos finais deve também estar disponível, como validação de documentos, emissão de declarações, marcação de consultas, etc., para que os pais procedam de forma correcta, evitando o incómodo de terem de voltar posteriormente aos mesmos serviços.

Dois considerações finais, relacionadas com a limpeza e com a segurança.

Limpeza – a UP deve ter um Plano de Higiene formalizado e aprovado pela Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, cujo cumprimento deve ser monitorizado, de forma a garantir que as condições de higiene estejam permanentemente asseguradas.

Segurança – na UP, deve ser feito um levantamento exaustivo de todos os perigos e riscos e elaborado um plano de controlo de riscos, com vista à sua eliminação ou minoração. Todas as janelas devem ter fechos de segurança, as tomadas eléctricas protegidas, as casas de banho apetrechadas com fechaduras que impeçam o fecho inadvertido por crianças, os produtos de limpeza devidamente acondicionados, tendo cada um, uma ficha de identificação, que permita conhecer com exactidão a sua composição. O acesso à sala de medicamentos deve ser restrito, ter um procedimento que permita o controlo do prazo de validade, não só dos medicamentos, mas também de todo o material a utilizar em actos médicos, etc.

Por último, cada UP deve escolher os compromissos a celebrar com os utentes e elaborar um Plano de Controlo, definindo previamente os indicadores a atingir, a ser utilizados como unidade de medida. É preciso saber com rigor o que se faz, para em qualquer momento, serem redefinidas estratégias tendentes a manter o nível da qualidade dos serviços oferecidos e se possível melhorá-los.

A procura da qualidade do serviço saúde deve ter como grande finalidade a construção de respostas adequadas às necessidades das crianças, adolescentes e pais que a ele recorrem. Tal só é possível se intencionalmente a organização assumir objectivos claros de qualidade e architectar processos desafiantes de boas práticas. A motivação e o prestígio dos seus profissionais de saúde serão assim natural consequência de uma forma de estar, serão o garante de uma desejável e continuada evolução.

Em Saúde a Excelência tem de ser uma exigência permanente.

5. O Hospital de Dia

Helena Jardim*

Nilze Batista**

“O Leandro era um lactente de 6 meses, filho de uma mãe adolescente proveniente de uma família destruída e destruturante, sem escolaridade mínima nem meios de subsistência e de um pai jovem que não fazia parte do agregado familiar, vivia de “biscates” e dava algum dinheiro ao filho quando o tinha.

O Leandro veio ao Hospital de Dia enviado pela Medicina Física e de Reabilitação por dificuldade respiratória. De início, mal cuidado e sem cumprimento de horários, obrigou-nos a ter de fazer alguns telefonemas para o domicílio.

A mãe, muito insegura e com alguns problemas de aprendizagem, teve de início alguma desconfiança em relação ao Serviço, mas passado algum tempo, tornou-se muito atenta e “aberta” a todo o ensino feito pelo pessoal do Hospital de Dia.

Fizemos 22 sessões, o que reconhecemos ser um exagero. Tal foi motivado, não tanto pela situação clínica do Leandro, mas sim pelo facto do ensino ter sido frutuoso para a díade mãe/filho.

A última sessão foi em Julho e conseguimos que:

- 1. a mãe cumprisse as consultas em ambulatório e dentro do horário estipulados;*
- 2. o Leandro tivesse cuidados alimentares e de higiene adequados;*
- 3. a mãe conseguisse controlar os problemas respiratórios do Leandro no domicílio;*
- 4. a mãe iniciasse e tivesse cumprido um Curso de Formação profissional na CERCIMB e que o Leandro fosse integrado em creche;*
- 5. se estabelecesse uma relação de confiança mãe/pessoal (enfermeira e médica) em que a mãe, sempre que vinha a alguma consulta no Hospital, procurava o pessoal do Hospital de Dia para nos mostrar o filho e como ele estava “lindo”.*

Esta é uma história real que me parece espelhar, pela positiva, o que deve ser um Hospital de Dia.

Na Carta da Criança Hospitalizada, o primeiro direito dos dez princípios que a compõem afirma que «a admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em Hospital de Dia».

Introdução

O internamento hospitalar constitui uma experiência potencialmente traumática para a criança e sua família, pois implica a separação do ambiente familiar, das rotinas e a entrada num mundo desconhecido, intimidante, causador de sofrimento e dor e de limitação da privacidade e da liberdade.

O hospital de dia permite a prestação de cuidados diferenciados, interferindo o menos possível com a normalidade da vida da criança e da família.

É actualmente a forma de eleição do tratamento da criança e sobretudo da criança com doença crónica.

Cabe aos Serviços de Pediatria e às respectivas Administrações Hospitalares organizarem e implementarem modalidades de funcionamento que contemplem as necessidades dos vários grupos etários, a especificidade das situações e os recursos humanos e técnicos existentes.

Não será fácil mas será possível se mantivermos em mente os superiores interesses da criança / jovem.

Objectivos:

1. diminuir o número de internamentos e re-internamentos;

2. diminuir o número de dias de internamento através de Altas clínicas mais precoces;
3. melhorar a qualidade de vida das crianças / jovens e famílias com necessidades especiais na área da saúde;
4. facilitar o papel da família como principal prestador de cuidados de saúde à criança / jovem com doença crónica ou deficiência;
5. promover a recuperação, reabilitação e auto estima;
6. rentabilizar os custos.

Articulação e acesso

O Hospital de Dia deve funcionar em estreita articulação com os serviços de internamento hospitalar, o serviço de urgência, as consultas externas e os cuidados de saúde da comunidade. A população alvo do Hospital de Dia deve ser o conjunto dos recém-nascidos / crianças / jovens/ famílias em situação de doença aguda ou crónica que residam na área de influência do hospital e que necessitem de internamentos programados inferiores a 12 horas e sem estadia durante a noite, em caso de: execução de exames complementares de diagnóstico, administração ou ajuste de terapêutica.

Estes cuidados devem ser assegurados durante os fins-de-semana e a componente de ensino à criança / jovem / pais nunca deve ser esquecida.

Os acessos têm de ser fáceis e alargados, minimizando a necessidade de deslocação ao Hospital e agilizando, por meio de organização e planeamento, os recursos disponíveis.

O Hospital de Dia deve funcionar como órgão de articulação entre todos, família e serviços, e com isso constituir um elemento facilitador da vida, tantas vezes atribulada, destas famílias.

Organização / Gestão

1. registo no diário clínico de todos os procedimentos efectuados;
2. sempre que possível, agendamento para o mesmo dia de doentes com a mesma patologia ou terapêutica. Tal procedimento rentabiliza os recursos humanos e terapêuticos e facilita o ensino e o contacto de famílias com problemas idênticos;
3. estabelecimento de mecanismos de articulação entre os intervenientes;
4. promoção da formação contínua dos seus elementos e assegurar de uma avaliação constante do seu desempenho em vista a otimizar os recursos existentes e avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

O Hospital de Dia deve ter um centro de custos próprios e deve possuir um secretariado, podendo ser o mesmo do Serviço de Pediatria, que proceda ao agendamento dos doentes, garanta o registo de todos os procedimentos executados e forneça todos os elementos necessários para a sua gestão.

Instalações e equipamentos

As instalações do Hospital de Dia devem ser adaptadas ao nível de cuidados aí prestados, sendo naturalmente diferentes se estivermos num Hospital Central ou não.

A repartição por diferentes divisões depende de cada situação particular mas, o ponto fulcral consiste na rentabilização do espaço existente por meio de uma boa organização de horários.

O espaço deve ser arejado, agradável, confortável, funcional e personalizado.

As áreas que podem ser comuns ao serviço de pediatria, desde que próximas, deverão ser:

- o secretariado clínico;
- a sala de espera e de brincar;
- a copa e a zona de arrumos;
- a zona de sujos e sanitários.

Recursos humanos

Os recursos humanos do Hospital de Dia devem ser multidisciplinares e sobretudo, os seus elementos devem estar disponíveis e dotados de uma atitude de ajuda no sentido de resolver os problemas físicos e sociais da criança / jovem em crescimento / desenvolvimento. Devem igualmente abster-se de julgar a família, não abdicando contudo de a conhecer para melhor a aconselhar e seguir a sua evolução, ainda que de longe e em parceria com outros profissionais e outras Instituições. O Hospital de Dia tem de dispor de um pediatra responsável e deve ser assegurada uma escala para assistência aquando da sua ausência. Deve igualmente dispor de um enfermeiro, pessoal auxiliar e administrativo e apoio de médicos ou técnicos de outras especialidades tais como: fisiatra, fisioterapeuta, pedopsiquiatra, psicólogo, assistente social, dietista ou outros, dependendo das necessidades próprias.

Os objectivos desta equipa devem ser:

1. estabelecer uma relação de proximidade e confiança que favoreça a adesão e o cumprimento integral das terapêuticas propostas;
2. conhecer o contexto socio-económico das crianças/jovens e suas famílias que são acompanhadas em Hospital de Dia em articulação com os restantes níveis de cuidados;
3. promover o ensino dos pais e familiares com acções de educação específicas para os seus filhos, apoio emocional entre famílias e reforço da confiança na equipa.

“ É pelo modo como a sociedade protege e cuida das suas crianças que será avaliado o seu grau de civilização, que será testada a sua humanização e que será formada para seu futuro” (UNICEF, 1991)

* Médica Pediatra,

Professora de Pediatria da Faculdade de Medicina do Porto,

Membro do Grupo de Apoio Técnico do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

** Médica Pediatra, Chefe de Serviço Hospitalar

6.A Influência do Meio no Bem-estar: da Maternidade à Adolescência

6.1. Diário de um Recém-Nascido

Jorge Branco*
Mariana Croft**

Ontem nasci!

Ainda nem acredito! Sentia a necessidade interior de saber o que há 9 meses vinha rodeando a minha habitação provisória e estava ansioso por isso. Mas a experiência não foi muito boa: fui apertado no meio da escuridão e, quando pensava que o aperto estava a aliviar, vinha outro e outro ainda mais intenso, como se me estivessem a espremer durante não sei bem quanto tempo! Mas resisti! Eu sabia que a minha mãe continuava presente porque continuei sempre a ouvir a música das batidas do seu coração, o que me levantava a moral. Mas já estava a ficar cansado. De repente, deixei de me sentir espremido e pensava que finalmente ia descansar. Pura ilusão: vi-me rodeado por uma barulheira imensa e por uma luz horrorosa que nem me deixou abrir os olhos (não sei como a minha mãe diz que eu tenho uns olhos lindos!). E deram-me voltas e mais voltas e, o pior de tudo, é que me bateram nos pés! Ofendi-me e tive de gritar bem alto, exigindo algum respeito por quem nasce!

E agora chamam-me bebé!... Sim, bebé! Não sei porquê! Às vezes também me chamam menino. Afinal, como é que eu me chamo?! Não me explicam nada!

E continuam a incomodar-me. Esta gente grande é estranha: faz barulho, tem a mania da luz e até tem flashes! Para quê?! E eu, que queria tanto nascer, tenho saudades do sossego da minha casa provisória e, principalmente, da música do coração da minha mãe querida que subitamente deixei de ouvir!

E agora sinto fome! Que sensação estranha! Antes não me lembro de ter fome! E só alivia quando a minha mãe me aconchega ao seu peito e eu mamoo e volto a ouvir o coração dela. Ainda bem que sei mamar! Afinal, até estou contente por ter nascido!

Isto da fome deve fazer parte daquilo a que a gente grande chama necessidades básicas. Se assim é, espero bem que todas as minhas necessidades sejam satisfeitas (amor, carinho, alimento, cuidados, conforto). Os meus pais (é verdade, também tenho um pai!) vão ter esse cuidado.

Também gosto de me sentir seguro, gosto de sentir que há alguém que cuida de mim e que está sempre pronto a ajudar-me.

Olhem é mesmo bom ter nascido, sentir-me cuidado, acariciado, envolvido num ambiente familiar repleto de amor e segurança.

E o que é mundo? O meu pai (que parece que não gosta muito de falar) disse que espera que o mundo à minha volta me proporcione uma estadia agradável pela vida. Não sei o que isto quer dizer mas deve ser importante!

Se calhar, nem todos os bebés têm a mesma sorte que eu, nem todos se podem dar ao luxo de nascer numa família que lhes proporcione o bem-estar necessário e o amor dos pais. Será? Se assim é, está mal: quando o bebé nasce, tem de receber amor e carinho porque só assim, mais tarde, terá capacidade de transmitir amor e carinho aos outros.

Eu acho que um bebé deve sentir-se seguro, confiante, cuidado e, acima de tudo, amado pelos que o rodeiam, para ser feliz e para mais tarde poder enfrentar uma vida pela qual terá de lutar.

A minha mãe diz que espera fazer de mim um cidadão impecável. O que é que isto quererá dizer? Que nasci e sou importante?

Agora sou um bocado dependente mas ensinado pelos pais, vou aprendendo, pouco a pouco, a ser capaz de fazer as coisas por mim próprio até me tornar gente grande. Vou ter de fazer tudo para ir ao encontro deste sonho dos meus pais.

Com a educação para a afectividade que espero deles, hei-de ter sempre respeito pela dignidade dos outros e assumir responsabilidade perante mim próprio e os que me rodeiam, com uma atitude de apreciação positiva (1).

Fiquem sabendo, pais: Podem contar comigo!

• (1) Albino Aroso (2001), De mães para filhas; De filhas para mães, Porto, Editorial Âmbar.

* Médico Obstetra e Ginecologista,
Presidente de Conselho de Administração Hospitalar

** Aluna do 11º ano de Artes Visuais, 16 anos



6.2.A Família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Valdemar Martins*

Cerca de 8% de recém-nascidos são admitidos em unidades de cuidados intensivos e intermédios no período neonatal.

A hospitalização de um recém-nascido nestas unidades constitui uma situação motivadora de ansiedade e stress para a família. A relação mãe-filho fica comprometida pela separação (1).

Situações de risco de vida dos recém-nascidos podem causar, per se, uma reacção parental conhecida como o “síndrome da criança vulnerável” (2).

Vários estudos em recém nascidos pré-termos reportam problemas comportamentais e queixas psicossociais (3), bem como alterações nas relações pais-filhos e de funcionamento familiar, por vezes durante longos períodos de tempo.

Nas duas últimas décadas, os avanços no diagnóstico, tratamento e tecnologia permitiram uma melhoria extraordinária nas taxas de sobrevivência dos recém-nascidos que requerem cuidados intensivos. Apesar disso, tal tecnologia, a relação paciente-prestador de cuidados, a intensidade dos cuidados requeridos por uma efectiva intervenção nas Unidades, criam muitas vezes um ambiente que não contempla o desenvolvimento quer da criança, quer do estabelecimento da relação pais-filhos (4).

As famílias de bebés doentes, que requerem cuidados intensivos, sentem-se frequentemente perdidas, fora de controlo e em ambientes completamente novos, estranhos e, muitas vezes, intimidatórios.

Em 1992, um grupo de pais americanos, reuniu-se com profissionais da área neonatal, discutindo as formas de uma participação mais activa e uma melhor colaboração entre os prestadores de cuidados e os familiares dos recém-nascidos doentes. Desse encontro surgiu um artigo seminal, sumariando “Os Princípios dos Cuidados Neonatais Centrados na Família” (5); estes princípios têm sido incorporados desde então nas várias publicações da Academia Americana de Pediatria bem como de outras organizações que implementam o papel da família no processo dos cuidados ao recém-nascido.

Permito-me, pela sua importância, transcrevê-los:

- 1 - Os cuidados neonatais centrados na família devem ser baseados numa comunicação honesta entre os pais e os profissionais de saúde sobre matérias médicas e éticas;
- 2 - Para trabalhar com os profissionais na elaboração de alternativas de tratamento com consentimento informado, os pais devem ter acesso aos mesmos factos e à sua idêntica interpretação como os profissionais, incluindo a informação médica apresentada em formatos compreensíveis, informação acerca das incertezas relativas ao tratamento, informação de outros pais que tenham tido situações médicas semelhantes e acesso ao processo e discussões da equipa médica;
- 3 - Nas situações médicas envolvendo mortalidade e morbilidade elevadas, grande sofrimento, e/ou controvérsia médica significativa, os pais completamente informados, devem ter o direito de tomar decisões relativas ao tratamento agressivo dos seus recém-nascidos;
- 4 - Aos potenciais pais deve ser fornecida informação acerca de eventuais desfechos adversos relativos à gravidez e dada a oportunidade de estabelecer previamente as suas opções relativas à intensidade de cuidados, caso o seu bebé nasça extremamente prematuro e/ou em estado extremamente crítico;
- 5 - Os pais e os profissionais devem trabalhar conjuntamente para reconhecer e mitigar a dor dos recém-nascidos internados nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs);
- 6 - Os pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente para assegurar um ambiente apropriado para os seus bebés nas UCIs;
- 7 - Os pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente para assegurar a segurança e a eficácia dos tratamentos neonatais.
- 8 - Os pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente para desenvolver políticas e programas que promovam as competências

parentais e encorajem o envolvimento máximo das famílias com o seu bebé hospitalizado;

9 - Os pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente para a promoção de um programa de seguimento consequente e de longo termo de todos os sobreviventes das UCIs de alto risco;

10 - Os pais e profissionais devem reconhecer que os recém-nascidos em estados críticos podem ser lesados quer por tratamento em excesso quer por sub-tratamento.

Os pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente para promover a consciencialização das necessidades especiais que os sobreviventes das UCIs com deficiência colocam, no sentido de lhes assegurar e às suas famílias um apoio.

Os pais e profissionais devem trabalhar conjuntamente para a implementação e universalização dos melhores cuidados pré-natais.

Sou de opinião, que, no caso português, a realização de um encontro entre profissionais de saúde, pais que tiveram a vivência de um recém-nascido internado em cuidados intensivos, sob a égide conjunta da Secção de Neonatologia da SPP e do Instituto de Apoio à Criança, onde se abordassem claramente e sem preconceitos estes e outros princípios, seria uma mais valia preciosa para a humanização dos cuidados perinatais portugueses.

Bibliografia:

- (1) Klaus, MH, Kennell, JH. (1970), "Mothers separated from their newborn infants" in *Pediatr. Clin. North Am.*, 17:1015–1037
- (2) Green, M, Solnit, AJ. (1964), "Reactions to the threatened loss of a child: a vulnerable child syndrome" in *Pediatrics*, 34:8–66
 - (3) Singer, LT, Salvator, A, Guo, S, Collin, M, Lilien, L, Baley, J. (1999), "Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant" in *JAMA*:281:799–805
 - (4) SiJohnson, BH, Abraham, MR, Parrish, RN. (2004) "Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement" in *Clinics in Perinatology*, 31: 353-382.
- (5) Harrison, H. (1993), "The principles for family-centered neonatal care" in *Pediatrics*, 92:643–650

* Médico Neonatologista

6.3. O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena

Isabel Brito*

A hospitalização da criança pequena tem sempre repercussões psicológicas na criança e na família.

Para as compreender, devem ser considerados os seguintes três aspectos:

I - Em relação à **criança**, este período da sua vida, é marcado pela relação especialmente próxima e intensa que ela tem com a família.

É na **família** que ela tem as suas **relações privilegiadas** e os seus **pontos de referência**:

- Os **ritmos** do seu dia-a-dia;

- Os **horários** para comer, para dormir, para brincar;

- Os **rituais**: preferências e modos de se alimentar, a canção de embalar que a mãe canta ao deitar, os seus brinquedos e jogos predilectos.

Ao ser **hospitalizada**, a criança perde as suas relações preferenciais e os seus pontos de referência.

A doença não é uma entidade individualizada pela criança. Até aos 3 anos, ela não se apercebe se o seu mal-estar é interno ou se provém do exterior e ambos se confundem. O que ela se apercebe é da separação e da perda do seu ambiente familiar e das ligações afectivas às pessoas e às coisas que lhe são significativas.

É esta perda que causa sofrimento à criança repercutindo-se na sua saúde mental e agravando a sua doença física.

II - A acrescentar à separação, à perda e à própria doença, junta-se a **inadequação do meio hospitalar:**

1 - O aporte sensorial:

- Constantes solicitações e exames complementares, alguns dolorosos;
- Ruídos e luzes permanentes;

2 - Os ritmos:

- Que são os dos cuidados médicos e não os ritmos fisiológicos da criança;
- Medicamentos e exames complementares durante o sono;
- Refeições nos horários hospitalares.

3 - O aporte relacional:

- Rotatividade e mudança dos técnicos junto da criança

III - Em relação aos pais, estes estão angustiados tanto pelo estado de saúde da criança como pela separação a que o internamento obriga.

Este estado de ansiedade dos pais tem um papel desorganizador para a criança e reflecte-se nas relações, por vezes tensas, com a equipa médica.

A gravidade deste processo, em que o sofrimento psicológico da criança e dos pais é tão real como a doença orgânica, conduziu os serviços hospitalares a promoverem espaços de acolhimento.

O **primeiro acolhimento**, aos **pais** e à **criança**, deve fazer parte integrante do processo de internamento. Ele é decisivo para que uma relação de confiança se estabeleça entre os pais e a equipa médica. Entre uns pais angustiados, por vezes incapazes de reter uma informação e profissionais de saúde, conhecedores do meio, da doença e dos cuidados médicos a prestar à criança.

Neste acolhimento, realizado pelo médico que irá seguir a criança e o enfermeiro com responsabilidade no serviço, os pais devem ser informados da **doença** da criança, das restrições a que ela irá obrigar, restrições à **dieta**, à **mobilidade**, às **possibilidades de jogo**, e também, sempre que possível, da evolução da doença e do tempo previsível de internamento.

Se os pais se sentirem verdadeiramente acolhidos, irão colocar as suas dúvidas e questões quanto à doença, os problemas que o internamento lhes levanta e sentir-se-ão mais tranquilos, passando a colaborar com o serviço:

- Aceitando as restrições terapêuticas;

- Mantendo o seu apoio, seguros que a sua presença e colaboração são necessários para a melhoria do estado da criança.

Por parte do serviço, este primeiro acolhimento, é o momento de conhecer os hábitos e comportamentos da criança, inteirar-se de como decorrem as refeições, o sono e quais os seus brinquedos preferidos.

Conhecer a história da criança e tentar respeitar os seus hábitos durante o internamento é um **acto terapêutico**. Incentivar os pais a permanecerem e a ocuparem-se da criança é fazer avançar o **processo terapêutico**.

Não basta dizer aos pais que podem ficar junto dos filhos. É necessário que eles sintam que são de facto bem-vindos, que são úteis e que contamos com eles para tratar o seu filho.

Estes espaços de acolhimento, entre os profissionais que se ocupam da criança e os pais, devem repetir-se com uma periodicidade regular. O que permite que os pais se sintam informados, sobre a evolução da doença, sobre o interesse na sua presença junto da criança e colaboração com a equipa médica.

Outros espaços de acolhimento são importantes como as **salas de pais** e as **salas com educadoras de infância** para as crianças.

As educadoras com a sua disponibilidade para se relacionarem com as crianças e a família, a sua capacidade para organizar espaços lúdicos, criam um espaço de saúde no hospital.

Nestes espaços, os pais recuperam a imagem da criança saudável que brinca e podem falar entre si, com a mediação das educadoras, o que os tranquiliza e torna mais aptos a dar suporte emocional aos seus filhos.

Todos estes espaços de acolhimento permitem que se formem relações calorosas, personalizadas e de confiança entre os profissionais, a família e a criança, contribuindo para que o internamento no seu conjunto ofereça um **ambiente terapêutico**.

6.4.A Criança e o Espaço nos Serviços de Saúde

Teresa Marçal*

A minha intervenção tem uma lógica centrada na criança, nas suas necessidades de vida, de desenvolvimento e de saúde, nas suas necessidades bio-fisio-psico-sociais.

Não pretendo propor uma listagem de medidas ou de normas a implementar, seria sempre incompleta e controversa. Tentarei antes apresentar alguns princípios que poderão ser estruturantes no trabalho de planificação e utilização dos espaços físicos nos serviços de saúde.

Uma breve reflexão sobre a experiência da doença na criança

Os enfermeiros que trabalham em Saúde Infantil e Pediátrica sabem bem que prestar cuidados de qualidade às crianças e aos jovens tem por base o pressuposto de que eles são pessoas únicas, em permanente desenvolvimento, que necessitam ser ajudadas a atingir o seu máximo potencial.

Mas quando falamos de saúde, sabemos que a criança e o jovem, para além de confrontados com as suas tarefas de desenvolvimento, são por vezes confrontados com situações de crise, situações de profunda ruptura com o seu modo habitual de sentir e de viver.

A doença e a hospitalização constituem-se como factores geradores de enorme stress e sofrimento. Esses factores são frequentemente classificados em três grandes grupos:

- Separação;
- Perda de controle;
- Lesão corporal e dor

mas todos eles são vividos num registo de ansiedade e de medo.

Numa brevíssima síntese, direi que o desafio que se nos coloca enquanto profissionais dos serviços de Pediatria é multidimensional:

- Ajudar a resolver o problema de saúde da criança/jovem;
- Ajudar a criança a lidar com os efeitos de todas as medidas inerentes ao processo do tratamento;
- Ajudar a prosseguir as tarefas de desenvolvimento próprias da criança e as da sua família.

Vê-se nestes objectivos o carácter verdadeiramente abrangente e complexo dos cuidados à criança, nomeadamente quando doente e hospitalizada.

O espaço como elemento facilitador da experiência de doença e hospitalização da criança

Na minha perspectiva, o espaço constitui-se como um importante recurso nos cuidados à criança, recurso que pode ser analisado em torno de dois eixos:

- **O espaço e os seus utilizadores:**
Criança – Família - Profissionais
- **O espaço e as diferentes dimensões:**
Funcionalidade – Segurança (física e emocional) – Estética

A articulação harmoniosa destes dois eixos permitirá criar um ambiente:

- Reconhecidamente **único e apropriado** à criança de diferentes idades;
- **Cheio de vida** – onde a criança possa viver experiências positivas de descoberta e admiração e até de alegria;

- **Seguro e flexível** - capaz de permitir à criança sentimentos de **competência e controle**, permitindo-lhe alterar o ambiente de acordo com os seus gostos e situação - por exemplo a possibilidade de controle individual sobre o ambiente mais próximo - sons, luz, privacidade...
- **Com dispositivos interactivos e informativos** que envolvam a criança e promovam a sua participação - numa perspectiva que ultrapasse a sua ocupação, permitindo-lhe lidar com os seus receios e sentimentos e ser efectivamente preparada para os procedimentos relativos ao seu tratamento;
- **Capaz de respeitar e promover o papel dos pais**, proporcionando-lhes também sentimentos de competência e controle;
- Capaz de proporcionar ao **pessoal áreas de trabalho funcionais e agradáveis** promotoras de um trabalho competente e gerador de satisfação e desenvolvimento profissional.

Em síntese, podemos ver que no ambiente hospitalar teremos de continuamente conciliar o aparentemente inconciliável - **a tecnologia, com a nossa condição de pessoa**. É forçoso tornar essa tecnologia amigável, porque é ela que nos serve.

Ela não existe para experimentarmos novos sucessos, para excedermos os nossos limites. Num hospital, ela serve para servir a criança e a sua família, para a salvar se necessário mas sempre no respeito da sua dignidade de pessoa.

O ambiente pediátrico tem de ser verdadeiramente facilitador dos processos de cura e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Algumas estratégias relativas ao planeamento e uso do espaço em serviços de Pediatria

Apresentados estes grandes objectivos relativos ao espaço e mais uma vez alertando para o facto de que na minha comunicação não saberia nem poderia abarcar todo o “espaço de saber e conhecimentos de que já podemos dispor neste domínio”, não posso deixar de referir algumas estratégias e experiências de que tenho conhecimento e que poderão servir de base a uma reflexão.

Num primeiro momento, falarei do **espaço** enquanto **expressão da abertura e da inserção do serviço de saúde na comunidade** - hospitais e outros serviços escolhem como temas de organização e decoração de espaço, estímulos estéticos relativos à comunidade ou à região onde se inserem.

São actualmente privilegiados os temas relativos à natureza - florestas, oceanos, animais... Estudos demonstram que estes temas reduzem os níveis de ansiedade, tranquilizam e ajudam a lidar com os diferentes acontecimentos da vida hospitalar. Estudos feitos em adultos reconhecem o efeito dos temas relativos à natureza na redução do tempo de internamento após cirurgia e na redução da terapêutica analgésica.

Este aspecto tem-se constituído com tal importância que vários hospitais pediátricos têm criado, por exemplo nas suas coberturas ou em espaços circundantes, jardins com diferentes recantos, com relva, flores, árvores, água, peixes, fontes, pequenas rochas, recantos com cadeiras para descanso, com pequenos buracos bem protegidos onde a criança pode isolar-se, esconder-se, brincar... recantos para contar histórias. Nestes jardins podem também acontecer pequenos espectáculos...

São jardins que tentam proporcionar à criança, jovem e família um lugar e um tempo de consolo, isolamento/solidão e conforto, elementos essenciais ao processo de cura e desenvolvimento.

Regressando ao interior do serviço de saúde, é importante evitar uma decoração infantilizante de modo a possibilitar à criança a manifestação e o lidar com os sentimentos, medos, sofrimento.

Este aspecto é especialmente importante entre nós. Por vezes, os quartos das crianças e mesmo as salas de actividades parecem pequenos depósitos de brinquedos e de cartazes multitemáticos e multicromáticos, numa polimorfia de estímulos cujos efeitos terão de merecer a nossa reflexão.

Estudos demonstram que este tipo de ambiente “pretensamente lúdico” pode provocar na criança uma maior agitação e ansiedade.

Um trabalho desenvolvido no St. Louis Hospital analisa o quanto esse tipo de ambiente pode ser entendido como sugestivo de uma atitude de negação, de fuga dos próprios profissionais face ao sofrimento que uma hospitalização sempre implica. Mas sobretudo, esse ambiente não ajuda a criança a manifestar e a identificar o modo como está a viver a situação, não a ajuda a aproveitar as oportunidades educativas que a situação vivida no Serviço de Saúde pode representar.

Agora já no interior do serviço de saúde, referirei apenas umas breves notas sobre alguns aspectos essenciais nos Hospitais ou departamentos de Pediatria:

Sala de actividades - a sua organização e equipamento terão de permitir:

- Actividades de grupo e individuais;
- Leitura e música;
- Actividades no chão;
- Estimulação das capacidades motoras global e fina;
- Reais condições para a pintura e a modelagem...

E acima de tudo, terão mais uma vez de dar a possibilidade da criança se isolar, se esconder... e usar a sua imaginação...

Quando falamos de serviços de saúde, nomeadamente de hospitais, é forçoso reflectirmos nos espaços necessários ao diagnóstico e tratamento.

Estes espaços têm de ser especialmente pensados no sentido de se reduzir ao máximo a ansiedade que lhes está associada.

É mandatório:

- O uso de um tema de decoração tranquilizante colocado numa zona que possa focalizar a atenção da criança e que possa ajudá-la a distrair-se;
- O recurso a uma iluminação compatível com o desempenho profissional mas não agressiva para a criança;
- O uso de estratégias de disposição e amancebamento do equipamento que o integrem e harmonizem no ambiente global, evitando uma imagem de desordem – cor, forma...

Também neste ponto, entre nós, é frequente uma lógica de arrumação predominantemente funcional a que nos habituamos no dia a dia, mas que transmite a um primeiro olhar da criança ou familiar uma sensação assustadora de desordem e de desconhecido.

- A existência de música e de sons da natureza;
- A existência de vídeo;
- A existência de modelos e de dispositivos que permitam preparar a criança sobre os procedimentos e que sobretudo possam ser manipulados por ela.

Como me diziam há dias umas colegas, estas salas não podem ser consideradas “as salas dos horrores”, onde só se vai por qualquer coisa de mal... têm de estar abertas, claro que em segurança, nas abertas para que a criança se familiarize...

Entremos agora no **santuário da criança - o seu quarto** - e, em primeiro lugar, pensemos uns breves segundos sobre o quão privado é o quarto de cada um de nós.

Um colega nosso dizia “não convido todos a entrarem na minha casa, poucos entram na minha sala e raros são os que podem ir ao meu quarto...”

O quarto da criança, sendo espaço de tratamento e recuperação, tem de manter algo da casa da criança. Local de refúgio, de conforto. É o quarto da criança e portanto é também o espaço dos seus pais nas 24 horas e é um espaço para as suas visitas mais significativas.

Aqui a dimensão e a flexibilidade são condições fundamentais para que a sua disposição garanta o conforto, a individualidade, a privacidade e o domínio do ambiente, condição essencial ao sentimento de poder, de competência e de controle que queremos assegurar às nossas crianças e jovens.

Controlo sobre a disposição, a luminosidade, o som...

A decoração deverá também contemplar temas da natureza, dado o seu benefício para a tranquilização e recuperação. Pode haver espaços próprios para que cada criança ponha como que a sua marca naquele que é temporariamente o seu território. Apesar da existência de salas de tratamentos, não podemos esquecer que nos quartos da criança, há lugar para equipamentos de suporte e tratamento. A sua disposição, o seu armazenamento deverão merecer uma atenção redobrada no sentido da garantia da sua funcionalidade com o mínimo de agressão para a criança.

Armários, para a criança e pais, bem inseridos no ambiente, permitir-lhes-ão uma sensação de ordem e de conforto.

Em qualquer serviço de saúde, nomeadamente num hospital, são necessários **espaços de atendimento** para discussão da situação da criança, situações de perda e luto...

- A sua concepção tem de garantir a privacidade, o conforto, a tranquilização, o relaxamento, o repouso...
- O seu mobiliário, cor e iluminação devem permitir o atingir destes objectivos, assim como a sua sonorização com o recurso a sons de relaxamento e da natureza.

Numa perspectiva de cuidados centrados da família, não posso deixar de referir alguns outros aspectos que deverão ser garantidos aos pais:

- Condições humanas para o sono e repouso nos quartos dos filhos;
- Sala(s) para distração e relaxamento onde possam ler, descansar, ver TV, jogar, conversar. Estas salas poderão ter arranjos flexíveis que permitam o isolamento mas também o convívio com outros.

Este espaço pode acumular as funções de um verdadeiro Centro de Recursos para a Família – informativos, bibliográficos, Internet, telefone.

Poderia ainda dispor de serviço de copa/kitchenette e de lavandaria...

Uma palavra sobre os irmãos, também eles crianças e jovens tantas vezes esquecidos – a viverem sozinhos medos e sentimentos relacionados com a separação e a mudança do seu modo de vida... O hospital tem de ser um espaço e um tempo de abertura aos irmãos, no quarto da criança, no jardim, no Centro de Recursos da Família.

Uma pequena palavra sobre Cuidados Intensivos – dispomos já de alguns Standards. Recomendado para o Desenho do Espaço em UCIN, é um documento interessantíssimo e que me parece muito completo, no sentido de criar um ambiente onde a alta tecnologia fundamental à sobrevivência e tratamento do bebé dê também lugar a uma sensibilidade estética capaz de proporcionar tranquilidade e conforto à criança, pais e pessoal.

Mas não posso referir-me a este tema sem lembrar que o melhor espaço que ela tem é a sua própria casa e os seus lugares de vida habitual.

E isto coloca-nos no desafio de cada mais alargar as práticas de **cuidados em ambulatório**. Não apenas numa acção dentro dos muros do Serviço de Saúde mas com a deslocação dos profissionais de saúde à casa da criança. Pude ver experiências de curtíssimo internamento em Oncologia Pediátrica para diagnóstico, com imediato encaminhamento para um serviço de cuidados ao domicílio que assegurava a administração cito estáticos em casa da criança. A enfermeira dispunha de contacto permanente - 24 horas – com a criança e o hospital. De preferência, uma enfermeira assegurava a maior parte dos tratamentos e no máximo quatro enfermeiros entravam em contacto com a criança e família. O material necessário era transportado numa mala conversível em armário/bancada de medicação e dispunha ainda de material e equipamento em miniatura para preparação da criança para o procedimento que depois era realizado na sua sala.

Dir-me-ão que entre nós isto nem sempre será possível... é verdade... mas esses problemas implicam outras estratégias de acção. Saibamos nós aproveitar as situações em que estas práticas possam ter lugar.

Numa breve síntese, direi que as múltiplas e complexas questões relativas ao espaço: dimensão e disposição; cor e decoração; iluminação; climatização; sonorização; textura do espaço e materiais, implicam um muito cuidadoso trabalho de planeamento por uma equipa multiprofissional que reflecta nas mais modernas e competentes respostas técnicas para as necessidades das crianças famílias e profissionais.

O custo da construção de um Serviço de Saúde, embora possa ser muito elevado, é sempre reduzido face aos custos da sua exploração, nomeadamente se necessitarmos de recorrer permanentemente a medidas de transformação e recuperação. Isto não pensando nos

incomputáveis e injustos custos de vida que uma experiência de hospitalização traumatizante implica.

* Enfermeira, Professora de Enfermagem,
Membro do Conselho Consultivo do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

6.5. A Escola, que Espaço no Hospital?

Eulália Cordeiro*

Introdução

Em 1997, na procura de resposta educativa para um aluno do ensino secundário que não podia frequentar a escola devido a doença crónica grave (Fibrose Quística), tomei consciência da importância que a escola, os amigos e até os deveres escolares, a que vulgarmente os alunos resistem (testes, trabalhos de casa, matérias para estudar), assumem para a criança ou jovem doente.

Ao contactar de perto com este aluno percebi que, para além das suas frustrações, angústias e ausência de perspectivas de futuro, existiam sentimentos paralelos na família, favorecendo uma inter-relação que encerra círculos viciantes que agravam a problemática de base. Vivenciei o agravamento dessa situação, já tão complexa, devido à ausência de possibilidades educativas e de convívio com jovens da mesma idade.

A hipótese de continuar ligado à escola, envolvido em actividades estruturadas e desafiantes, possibilitou a este aluno vincular-se de novo à vida, ter projectos e pensar no amanhã. Idêntico comportamento aconteceu na família, criando-se uma reacção sistémica positiva que contribuiu para uma melhor qualidade de vida do aluno e da família.

Remetendo ainda para esta vivência, verifiquei que, na escola, os colegas de turma tiveram igualmente oportunidades reais de solidariedade, entajuda e valorização da sua própria vida, dando resposta a um dos objectivos da escola na promoção da cidadania em cada um dos seus alunos.

Tomar consciência destes factores e das enormes lacunas que existem no sistema educativo e de saúde, levou-me à implementação de alguns projectos com alunos internados em hospitais e/ou em situação de domicílio, devido a doença grave.

Este artigo sobre o “espaço escolar no hospital” assenta numa reflexão que estes últimos anos de trabalho me permitiram.

Centra-se na criança e/ou jovem doente crónico, em idade escolar, que se encontra em situação de internamento hospitalar, incluindo nessa análise a perspectiva de intervenção educativa na população que mantém a necessidade de continuar os cuidados de saúde no domicílio.

A não-exclusão como primeiro passo da inclusão: O papel da escola no serviço de pediatria de um hospital.

Durante um período de doença prolongada, assiste-se a uma gradual deterioração das condições humanas da criança/jovem, podendo a estadia prolongada no hospital constituir um factor de grande isolamento.

Segundo David Adams⁽¹⁾, as crianças ou jovens internados necessitam frequentemente de ter uma ligação intensa com a escola, amigos e vizinhos. Verificamos esta necessidade diariamente na intervenção escolar nos hospitais onde trabalhamos⁽²⁾.

Assim, importa disponibilizar a esta população a opção de uma escola integrada no seu atendimento hospitalar. Uma escola que seja identificada pela criança e jovem internado como um espaço estruturado e agradável, de conforto e de desafio. Um local onde pode relacionar-se com colegas do seu nível de interesse e idade e onde tenha a oportunidade de, livremente, participar em actividades individuais e de grupo, partilhar emoções e saberes de uma forma natural.

A importância de o aluno internado estar envolvido num projecto de grupo, ter que desenvolver actividades de pesquisa do seu interesse e que servirão, posteriormente, para momentos de partilha com os outros colegas, contribuirá para a manutenção de níveis de auto-estima, combatendo o isolamento natural que o internamento implica. Ver os seus trabalhos publicados na Internet ou expostos no hospital e nas escolas colaboradoras ou de referência⁽³⁾ constituem momentos de grande gratificação.

Se estes aspectos são fundamentais para a criança, igualmente o são para os adolescentes, já que a aceitação no grupo é um aspecto

importante do seu desenvolvimento e da consciência de si.

A puberdade é um tempo de mudanças: do corpo, da mente, de conceitos do mundo e da sociedade. A imagem de si, a preocupação sobre o que outro vê e pensa de si, tem marcada importância. Segundo Jersild⁽⁴⁾, a perda de cabelo por tratamentos agressivos, comum na doença oncológica, poderá causar um impacto negativo maior do que muitos outros tipos de lesões.

A nível cognitivo, o adolescente passa de um pensamento centrado no aqui e agora para pensamentos onde são emergentes a capacidade das operações formais, de formular hipóteses, de pensar de uma forma abstracta. Erikson, na sua teoria do desenvolvimento psicossocial, identifica como um dos marcos importantes da pré-adolescência a aquisição do sentimento de si, tendo o grupo um papel central nessa aquisição pelas referências e confronto de ideias e sentimentos que permite.

As abordagens teóricas referidas levam-nos a identificar a escola no hospital como um espaço aberto, em constante permuta de saberes, de materiais e de actividades, contribuindo para isso a sua ligação a escolas de ensino regular existentes na comunidade educativa do hospital.

Em simultâneo, a escola do hospital deverá ter um espaço próprio perfeitamente identificado pelas crianças/jovens internados e suas famílias. A sua utilização deverá estar disponível para todos os alunos internados, incluindo neste trabalho educativo e de socialização os que se podem deslocar como, igualmente, os alunos acamados e/ou em isolamento.

Do currículo à aprendizagem: O perfil do professor

A sala de aula será cada vez mais⁽⁵⁾ um ponto de partida e de chegada, combatendo o conceito de sala de aula fechada com um ensino centrado no professor e onde o objectivo primordial é aceder a um conhecimento estratificado.

Proporcionar à criança ou jovem internados a oportunidade de se descentrar da sua doença e dos impactos mais ou menos profundos que ela provoca, dar-lhe oportunidades para se sentir como pertencendo a um grupo que reclama a sua presença e participação numa actividade conjunta, são aspectos que ultrapassam o sentido de uma escolaridade exclusivamente centrada em saberes disciplinares.

Por outro lado, ao analisarmos estas premissas, tendo em conta a realidade da criança/jovem doente, compreendemos a impossibilidade de manter uma actividade centrada em disciplinas, pois os grupos escolares nos hospitais são instáveis e heterogéneos, mudando semanalmente ou congregando, em simultâneo, alunos de diferentes níveis de ensino.

Caberá ao professor criar um ambiente de aprendizagem coeso e estruturado que possibilite a cada aluno nunca se afastar do seu ambiente natural de escola, ajudando-o a manter altos níveis de motivação e de interesse pela aprendizagem.

O papel do professor é múltiplo, exigindo uma grande capacidade de adaptação e de criatividade perante a necessidade de gerir novas situações propostas ou actividades.

Exige competências no ensino diferenciado e a capacidade de ajustar o currículo escolar a cada aluno, de acordo com a sua etapa de desenvolvimento ou fase de vida.

As tecnologias de informação e comunicação, quando abordadas numa perspectiva de construção do conhecimento, possibilitando o acesso à informação, favorecendo a pesquisa, a comunicação e partilha de saberes com outros grupos de colegas, são ferramentas indispensáveis nesta perspectiva de escola.

Participar em fóruns de discussão, construir o seu próprio blog ou página para colocar trabalhos pessoais, receber contactos e materiais diversos de outras pessoas, ser um elemento activo numa sessão de videoconferência partilhando com outros o trabalho de pesquisa anteriormente feito, podem ser formas de o aluno transitar entre o hospital, a casa e a sua escola, mantendo-se conectado com esta rede virtual que o identifica como um aluno, mais do que como um jovem doente.

Consideramos que, idealmente, quando o aluno regressar à escola, não deve sentir o impacto da sua ausência. Na realidade, pretende-se que ele nunca se tenha “ausentado” da sua turma nem perdido o contacto com os seus colegas.

Em jeito de conclusão...

Correndo o risco de falta de rigor por tomar a parte como um todo, poder-se-á afirmar que, no sistema de educação português, não existe uma linha de resposta educativa para a criança hospitalizada e/ou para a criança doente que permanece em casa por longos períodos de tempo.

Não permitir o acesso da criança ou jovem doente à educação, afigura-se-nos como uma penalização que não se enquadra nos objectivos

delineados na política de educação, que se baseia em premissas de igualdade de oportunidades, em que toda a criança tem direito à educação, independentemente da sua idade, credo ou deficiência.

Considerando os projectos que nos últimos anos têm sido implementados e avaliados em alguns hospitais, estaremos na altura de os Ministérios da Educação e da Saúde criarem um acordo de cooperação que possibilite que, em todos os hospitais com serviço de pediatria ou onde são atendidas crianças e jovens em idade escolar, exista um espaço escolar, sendo esse espaço da responsabilidade de professores devidamente habilitados, ligados às escolas da comunidade educativa desse hospital. Igualmente importante é a existência de recursos tecnológicos que permitam aos alunos e professores estabelecer ligações com os colegas das escolas de referência e, sempre que possível, com a própria escola de origem.

Bibliografia:

- (1) David, W. (1984), "Helping the dying child: Practical approaches for no physicians", Childhood and Death, Hemisphere Publishing Corporation.
- (2) Actualmente, o CANTIC está envolvido em projectos de escolaridade em 5 hospitais da Grande Lisboa: Hospitais de D. Estefânia, Santa Maria, Garcia de Orta, IPO e CMR de Alcoitão e apoia a escolaridade de 15 alunos em domicílio.
- (3) Escola da referência é uma escola situada na zona geográfica do hospital, a partir da qual se desenvolve um trabalho articulado com a comunidade educativa hospitalar. Como o nome sugere, esta escola funciona como uma referência, como um pólo de dinâmicas impulsionadoras e motivadoras do trabalho a desenvolver em parceria com a comunidade do hospital.
- (4) Jersild, A., et al. (1952), In search of self, New York, Columbia.
- (5) Moran, M.J. (2005), "A pedagogia e a didáctica da educação on-line", Educação, aprendizagem e Tecnologia: Um paradigma para professores do Séc.XXI, Edições Sílabo, Associação Portuguesa para a gestão do conhecimento.

* Professora Especializada em Educação Especial na Área da Utilização das Novas Tecnologias de Informação, Coordenadora do Centro de Avaliação em Novas Tecnologias da Informação (CANTIC)

6.6. Actividade Lúdica - Espaço, Objectivos e que Profissionais Intervêm?

Leonor Santos*

Na abordagem da problemática da hospitalização da criança, é necessário ter em conta as suas necessidades globais. Tal implica a adopção de medidas ao nível dos espaços e equipamentos, onde se incluem os equipamentos de brincar e jogar mas também implica que se tenha presente as necessidades de cada criança e que se atenda às suas reacções perante as diferentes situações.

Quando uma criança dá entrada num hospital, seja numa sala de espera, numa sala de exame ou tratamento, esta deve encontrar um espaço com brinquedos, jogos e livros infantis pois estes são os seus elementos de referência. Trata-se de atender, não apenas à provável patologia, mas também de fazer sentir à criança e aos pais que existe uma genuína preocupação em amenizar o contacto com o hospital e em compreender as necessidades da criança.

As salas de espera devem ser concebidas especialmente para brincar, facilitando desta forma o contacto, tanto com as crianças como com os pais e tornando o ambiente mais leve, mais distendido e alegre.

As salas de exames e de tratamentos estão repletas de aparelhos e instrumentos estranhos e assustadores. Nestes locais, é igualmente importante existirem brinquedos e objectos que sejam reconhecidos como simples e não ameaçadores. A equipa deve ter em conta que, ao utilizar objectos lúdicos no momento do exame e/ou tratamento, facilita a comunicação com a criança, trazendo a sua colaboração e diminuindo a tensão dos pais que passam a transmitir segurança à criança. Nos hospitais que não têm serviço de Pediatria e atendem crianças, é preciso não esquecer que estas podem precisar de ir a vários serviços especializados: radiologia, análises, etc. Se existe apenas uma sala de espera de adultos, deve-se ter em conta os mesmos princípios, procurando criar um recanto que seja um espaço de brincar, evidenciando desta forma que as crianças não foram esquecidas.

Em todos os percursos nos quais a criança pode circular e no internamento, é necessário que haja objectos lúdicos. Os brinquedos e jogos devem ter em conta todas as idades e ser de livre acesso. Quando se trata de crianças acamadas, os pais e a equipe de saúde devem ter à mão material apropriado para fornecer à criança. Defendemos a existência de espaços abertos – Ludotecas – onde a criança possa brincar de livre e espontânea vontade, espaços que lhe sejam acessíveis, quer ela vá pelo seu próprio pé, numa cadeira de rodas ou na cama. Nestes espaços, devem existir todo o tipo de equipamentos e materiais lúdicos, destinados a todas as idades. Neles, não deverão faltar os objectos lúdicos naturais como a água e a areia assim como brinquedos sensoriais, motores, simbólicos, puzzles, jogos de construção, jogos de regras e desperdícios, dando a possibilidade à criança de construir os seus próprios brinquedos.

Devem também ser criados locais mais recatados, com televisão, música e uma grande variedade de livros infantis e juvenis. Para os adolescentes, deve existir um espaço comum onde estes possam conversar, ouvir música, jogar pingue-pongue ou outros jogos específicos para este grupo etário e dispor de livros e computadores. Os adolescentes devem igualmente ter a possibilidade de fazer expressão dramática e plástica. Estes espaços, sempre que possível, devem ser contíguos a uma zona de ar livre com equipamentos integrados de múltiplas funções (trepar, escorregar, subir, descer, etc.). Na selecção dos equipamentos, deve-se ter em atenção as crianças portadoras de deficiência.

Brincar no hospital é tão importante como tomar a medicação ou fazer os exames clínicos. A existência de bonecos, balões de soro, seringas, roupas para fantasiar (médico, enfermeiro, etc.) permitirão também à equipa poder preparar a criança através da brincadeira, mostrando-lhe o que vai acontecer durante a sua estadia no hospital e quais as diferentes intervenções a que será sujeita.

Se estiverem presentes estas dinâmicas, a criança e o jovem poderão exprimir a sua angústia, dor e agressividade ao brincar e jogar.

Enquanto observadores, os profissionais devem ajudá-los explicando as situações com que estes têm dificuldade em lidar.

É impossível generalizar comportamentos e atitudes quando se fala em crianças hospitalizadas. Como crianças e jovens que são, há que esperar movimento e ruído, o que vai contra a concepção geral do que é um serviço hospitalar. A constatação deste facto não deverá fazer-nos parar pois é possível definir regras para a construção dos espaços e sua utilização, as quais decorrem da concepção e filosofia que a equipa técnica da Pediatria tem face ao brincar, nomeadamente se considera que o brincar facilita ou não a comunicação com a criança.

Ao definir estas regras há que ter em conta que:

1. O acto lúdico deve responder às questões que se colocam à criança durante as diferentes fases do internamento;
2. É necessário manter a auto estima da criança e dar-lhe apenas materiais que ela possa manipular com sucesso. Nestas idades, as crianças não toleram o insucesso de uma brincadeira numa situação que já lhes é difícil (internamento);
3. Há que dar a possibilidade à criança de brincar sozinha, com companheiros ou com os pais, conforme a sua vontade;
4. Toda a criança deficiente ou acamada deve participar em todas as brincadeiras em que vê os seus companheiros participarem;
5. Há que ter presente que a observação das brincadeiras é uma fonte importante para completar a informação clínica;
6. Certos brinquedos e jogos têm um significado no hospital, como por exemplo as roupas com que as crianças se fantasiam;
7. Se o espaço de brincar no hospital é exíguo, é necessário ser flexível na sua utilização e nos materiais;
8. Os actos lúdicos devem contribuir para a preparação e recuperação da criança, antes e após as intervenções cirúrgicas e outros procedimentos traumáticos.

Um dos aspectos a ter em conta é a situação das crianças que são atendidas no hospital por longos períodos. Estas crianças devem ser ajudadas a viver experiências que não são capazes de assimilar de forma “normal”. A brincadeira no hospital contribui para lhes devolver a saúde e estimular a sensação de segurança. As crianças e os pais em crise devem sentir que toda a equipa está com eles e quer ajudar na situação.

Todo o esforço deve ser feito por uma equipa responsável, de forma a proporcionar a brincadeira, em colaboração com as crianças, os pais e o pessoal responsável pelos cuidados prestados à criança.

Após esta reflexão sobre a importância dos espaços e do brincar, parece-nos importante reflectir sobre que profissional ou que profissionais devem intervir.

Quando pensamos num hospital, a nossa representação mental leva-nos para um local de sofrimento cujo objectivo é tratar e salvar pessoas, onde existem inúmeros e complexos aparelhos que são manipulados por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, pessoal especializado para manipular toda esta parafernália de instrumentos) e também profissionais de saúde mental. Mas também sabemos que, na maioria dos serviços de pediatria ou hospitais pediátricos, existem Educadores de Infância, não sendo estes geralmente do quadro do

hospital e funcionando de forma autónoma.

É do senso comum que, existindo estes profissionais, lhes deverá caber a tarefa de acompanhar, desenvolver ou estimular a presença do direito de brincar no hospital e também de entreter as crianças e jovens nas horas livres de que dispõem quando não estão em “tratamento”.

Em nosso entender, é necessário ver para lá do óbvio. O senso comum não só não corresponde aos princípios que atrás defendemos como põe em causa a ludicidade como parte integrante da recuperação da criança. Consideramos que este trabalho deve ser encarado como mais uma “valência” na pediatria e que deve ser da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, onde os vários saberes e experiências se encontram, como parte integrante de toda a equipa do hospital. Torna-se necessário encarar a brincadeira, a ludoteca e os brinquedos como fundamentais para melhorar as condições da estadia da criança, do adolescente e das famílias, tornando o ambiente mais caloroso e mantendo as capacidades afectivas, criativas e sociais num ambiente difícil e destabilizante, permitindo-lhes o desenvolvimento do imaginário através das actividades lúdicas e culturais, canalizando as emoções e atenuando as sequelas psicológicas.

Se aceitarmos estes pressupostos, verificamos que nenhum profissional pode actuar sozinho e que nenhuma formação reúne todos estes conhecimentos.

O que nos remete para as seguintes questões: o quadro do hospital deve contemplar profissionais com formações diversas (animadores, educadores de Infância e outros) atendendo a que estamos a relacionarmos com “uma planta – frágil e vulnerável... o afecto e o brincar desempenham um papel determinante e podem contribuir de forma decisiva para o bem estar físico e psíquico do doente e, portanto, para a sua melhoria” (Torrado da Silva).

Não estamos a brincar com coisas sérias. É fundamental que os profissionais que se ocuparem desta “valência” gostem de crianças e que percebam que não existe formação específica para desenvolver este trabalho. Deverão questionar-se se faz sentido a existência de espaços separados: escola, biblioteca, ludoteca, separação que impede a comunicação natural, sem choques e a efectiva e livre utilização dos materiais por todos os utentes. Esta “valência” ou especialidade, como lhe queiram chamar, deve ser obra de toda a equipa pediátrica hospitalar, sendo naturalmente necessário uma equipa com responsabilidade directa.

*“Cada momento de alegria e de brincadeira ajuda a aliviar a alma e acelera as melhoras”
(Ivony Lindquist).*

Bibliografia:

- Bowlby, J. (1982), Formação e rompimentos de laços afectivos. São Paulo: Martins Fontes.
- Chattone, H., B., C. (1988), “A criança e a hospitalização”, in: Angeramis, V.A. São Paulo.
- Aznaroff, F. (1975), Pediatric Play Program, Springfield, Thomas Publisher.
- Rossant. (1984), L’Hospitalisation des enfants. Que sais-je?, N° 2618, Paris, Presses Universitaires de France.
- Ivony L. (1992). “Brincar no hospital”, in O direito de Brincar, Fundação Abrinq, São Paulo.
- IAC (1996). Carta da criança Hospitalizada, Lisboa.
- Leonor, S. (2001). Brincar no contexto hospitalar – acção de formação no hospital pediátrico de Coimbra.
- Jorge, A., Santos, L., Fonseca, M. J., Marques, F.V. (eds.) (1998), In memoriam – Torrado da Silva, Lisboa, I.A.C.

7. Adolescentes - que Respostas?

José Castanheira*

A Adolescência em Portugal é uma área de que, desde há duas décadas, se vem falando e desenvolvendo de uma forma lenta mas progressiva.

A maior parte dos Serviços de Pediatria já atende adolescentes até aos 15 anos mas, muitas vezes, sem as mínimas condições para que isto se faça com qualidade.

Há ainda que fazer um esforço no sentido de todas as crianças doentes, quer do foro médico quer do foro cirúrgico, serem observadas e tratadas em ambiente Pediátrico, de acordo com as orientações nacionais e internacionais.

De facto, até aos anos 60, a medicina estava organizada por patologias. Ao longo da segunda metade do século XX, começaram novas formas de organização, o que levou ao desenvolvimento de áreas específicas, de acordo com os períodos etários, tais como a neonatologia, medicina do adolescente, etc., pelo que os novos serviços se têm organizado à volta destes princípios que, aliás, fazem parte da Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Leiden em 1988.

Desde a convenção dos Direitos da Criança (Nações Unidas 1990), é aceite que a idade pediátrica compreenda o período entre o nascimento e os 18 anos.

É de salientar que a medicina do Adolescente teve um desenvolvimento marcado em países como a América, Canadá e Austrália, desde os anos 50. No entanto, nos países Europeus, isso não aconteceu de forma tão consistente. Mais recentemente, formou-se o Grupo Eu - Teach, envolvendo 9 países europeus entre os quais Portugal, que teve a sua primeira reunião em 1999 e organizou o seu terceiro curso de formação no ano corrente.

Em Portugal, são marcantes os anos:

1987 - A D.G.S. determina que a prestação dos cuidados de saúde nos Serviços de Pediatria, se faça até aos 15 anos;

1991 - Forma-se a Associação de Saúde dos Adolescentes e o Núcleo de Saúde dos Adolescentes da D.G.S., tendo perspectivado uma estratégia para o País em termos de intervenção (o que ainda está por implementar);

1993 - O relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil define onde e quem deve observar os adolescentes;

1996 - O programa de formação do Internato de Pediatria prevê a formação na área da adolescência e define os objectivos do conhecimento e do desempenho;

1999 - A Comissão Nacional da Mulher da Criança e do Adolescente lança o desafio da formação de 3 Unidades de Adolescentes, com internamento a nível do País, uma por cada região, em Évora, Viseu e Viana do Castelo;

2000 - É criada a Secção de Medicina do Adolescente da S.P.P. que vem dar um incremento importante na formação nesta área do saber, organizando vários cursos nos anos 2002 e 2004 assim como os 1º e 2º Congressos Nacionais de Medicina do Adolescente. Em Maio do ano corrente, organizou também o 8º Congresso Mundial de Adolescentes da IAAH no Centro Cultural de Belém em Lisboa, onde estiveram presentes cerca de 800 profissionais, tendo-se colocado Portugal na rota dos Países que necessitam desenvolver este projecto.

No ano de 2002, foi feito um inquérito aos Serviços de Pediatria através do Colégio de Pediatria para avaliar a situação da Adolescência no país e do qual resultaram as seguintes conclusões:

- A maior parte dos serviços já trata os seus doentes até aos 15 anos;
- Todos os serviços são unânimes em considerar que os Pediatras são os médicos que estão melhor preparados para tratar os adolescentes;
- Todos estão de acordo em que deve ser o Pediatra e o Médico de Família a orientar e a realizar a Consulta de Adolescência que deve ser multidisciplinar;
- Todos consideram que há urgência em planejar serviços adequados a este grupo;
- Alguns estão já a investir na formação, promovendo cursos e criando a Consulta de Adolescência; outros estão a preparar as condições logísticas para a sua realização;
- No entanto, alguns serviços desconhecem ainda que o estágio de adolescentes está previsto no Currículo do Internato Complementar;
- Cerca de metade dos serviços desconhece a existência de serviços idóneos;
- Todos os serviços consultados são unânimes em considerar que a formação nesta área deve integrar a formação pré e pós graduada.

Num outro inquérito, realizado pela Dra. Helena Fonseca e Dr. J. Marcelino, dirigido aos Pediatras e em que se tentava avaliar o nível de competências em relação a algumas situações, conclui-se a sua competência como baixa. - 82% a lidar com tentativa de suicídio, 66% a tratar hemorragias disfuncionais uterinas, 59% a lidar com abuso sexual, 23% com as questões multiculturais e 22% na área do aconselhamento.

Há portanto necessidade de uma conjugação de esforços a nível ao Ministério da Saúde / Comissão Nacional da Mulher e da Criança, na sua vertente dos adolescentes, Sociedade Portuguesa de Pediatria / Secção de Medicina do Adolescente, Faculdades de Medicinas e Colégio de Pediatria, no sentido da definição duma estratégia que vise:

- O Planeamento de Unidades de Adolescentes na Comunidade;
- A Carta Hospitalar Pediátrica atribuir competências aos Serviços de Pediatria e definir onde devem existir essas Unidades para Adolescentes.
- A criação de uma rede de apoio ao Adolescente - UCF / Equipa Multidisciplinar - que intervenha na Comunidade, aproveitando os recursos disponíveis;
- Protocolos de Formação / Hospital / Ministério da Saúde / ARS (Sub região) / Escola e outros que potenciem a formação inter-profissional;
- O ensino desta área nos programas de formação pré-graduado - Faculdade de Medicina e Escolas de Enfermagem;
- A criação da Sub-especialidade da Medicina do Adolescente através do Colégio de Pediatria e por proposta da Secção de Medicina do Adolescente da SPP.

Adolescência no Serviço de Pediatria do Hospital de S. Teotónio de Viseu.

Para se implementar o que deve ser hoje uma Unidade de Adolescentes pode-se tomar como exemplo a experiência do Hospital de S. Teotónio que tem cerca de uma década de actividade.

De início foi formada uma equipa multidisciplinar, estabelecendo um protocolo entre o Hospital / Sub-região de Saúde / Ministério da Saúde com compromissos inter-institucionais assumidos:

- Ao Hospital, competia a formação da equipa multidisciplinar;
- À Sub-região, competia a formação da rede de cuidados ao adolescente, nos cuidados primários em interligação com a equipa hospitalar;
- Ao Ministério da Saúde, através da Direcção Geral de Saúde, competia a formação.

Consulta Multidisciplinar:

A equipa, constituída por Pediatra, Pedopsiquiatria, Psicólogo, Ginecologista, Obstetra, Nutricionista, Enfermeira, Assistente Social e outros, para além da participação na consulta, reúne regularmente para fazer a avaliação dos casos problemáticos e definir as estratégias que se impõem.

Unidade de Internamento:

É importante a adaptação do espaço onde se presta assistência a este grupo etário, mas também prever actividades lúdicas que lhes interessem.

Investigação e Formação:

O Serviço deve promover acções de formação a médicos, enfermeiros, professores e outros técnicos interessados.

A resposta conseguida e a procura crescente dos serviços pelos adolescentes permitem concluir que é urgente investir numa política que responda às necessidades reais dos nossos adolescentes.

* Chefe de Serviço, Director de Serviço de Pediatria

III. As Necessidades dos Pais, do Bebê, da Criança, do Adolescente e dos Profissionais

1. A Comunicação entre Profissionais de Saúde e Famílias: Contradições, Paradoxos e Dilemas Graça Carapinheiro*

A literatura disponível nas ciências sociais e humanas tem demonstrado que as experiências quotidianas de gestão de problemas de saúde, vividas por profissionais e leigos, encerram um consenso básico sobre a importância que detém a comunicação, como forma dinâmica de tradução e retradução de diagnósticos, terapêuticas, aconselhamentos e recomendações, embora a partir de quadros de referência sócio-cultural diferenciados.

De facto, no acto de comunicar projectam-se complexos sistemas de percepção e representação, de saberes e competências e de experiências e práticas, sobre a saúde e a doença e sobre a vida e a morte, sempre culturalmente configuradas. Quer dizer que neste acto ficam frente a frente profissionais e indivíduos doentes que representam mundos sociais diversos e que transportam desses mundos linguagens e simbologias distintas sobre o estado de doença, a condição de estar doente e o estatuto de ser doente. Enquanto do lado dos profissionais da medicina se estabelece que nesse acto funciona o monopólio de um único olhar e a hegemonia de um saber único, o “clinical gaze” (Foucault, 1963), do lado dos doentes funcionam biografias individuais e histórias familiares de onde se desprendem saberes de origem e natureza múltiplas, competências oriundas de diversas fontes de especialização social e referências sintomáticas e somáticas presas aos seus contextos materiais e simbólicos de experiência (Williams e Calnan, 1996)

Mas o olhar único e o saber codificado do lado dos profissionais escondem os equívocos, as tensões e os conflitos que povoam as relações entre os participantes com desiguais posições na divisão do trabalho em saúde e as respectivas concepções de práticas de saúde, onde se plasman específicas culturas organizacionais e profissionais e diferentes entendimentos sobre os objectivos de tratar, cuidar e curar. Assim, as relações terapêuticas são relações sociais densas, onde estão presentes conflitos profissionais, desigualdades sociais e antagonismos culturais (Radley, 1993)

A partir das contradições estruturais que enquadram as relações entre profissionais e doentes, percebe-se em que factores residem os habituais paradoxos identificados nas formas de comunicação produzida em diferentes contextos terapêuticos, quer sejam serviços de internamento, urgências e consultas hospitalares ou consultórios de clínica privada. A norma social que atravessa estes contextos é de os doentes deterem saberes leigos que assumem o estatuto de saberes profanos, quando colocados em relação com os saberes profissionais; é de os doentes poderem assumir formas de protagonismo que deverão ser cerceadas aos limites impostos pelas condições requeridas pelo exercício das práticas terapêuticas; e, finalmente de uma ontologia específica para ser doente que não reconhece como legítimas a independência de pensamento, a autonomia de acção e a liberdade de decisão (Silverman, 1987).

Claro que a imposição desta norma ganha amplitudes variáveis, de acordo com os constrangimentos organizacionais e as contingências contextuais, de acordo com as concepções dos profissionais face a ela, de acordo com a natureza e a gravidade das doenças que são objecto de regulação médica e de acordo com o estatuto e a posição sociais do indivíduo doente. Mas o facto de esta norma existir e de a ela se poder fazer recurso em qualquer momento pode introduzir nas formas de comunicação dimensões de autoridade e de coercividade, que são vividas sob a forma de paradoxos, quando postas em relação com os princípios éticos e os códigos deontológicos das profissões envolvidas (Carapinheiro, 1998).

A individualização da doença no doente singular exerce um efeito redutor na abrangência dos factores da sua causalidade. O indivíduo tende a ser destacado da sua biografia familiar, não porque a história clínica não esquadrinhe o passado clínico dos seus familiares mais directos e não apure neles, sistematizadamente, todos os sinais de presença de factores anómalos de natureza congénita, mas porque as famílias dos doentes aparecem “sem rosto e sem história”, muitas vezes reduzidas aos rostos visíveis dos que os acompanham nos circuitos

terapêuticos das doenças, sinalizando-os mais como testemunhas passivas do que como participantes activas.

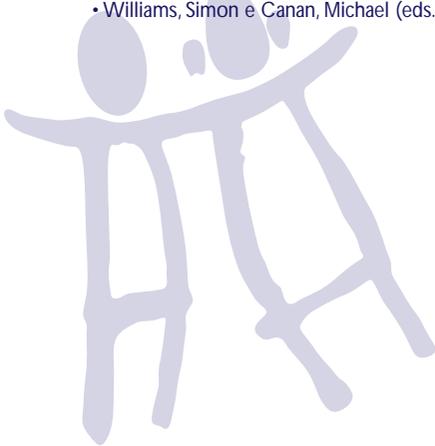
Esta condição, instaurada ao longo dos séculos XIX e XX, coincidindo com o período de desenvolvimento histórico da “medicina heróica”, científica e tecnologicamente capaz de dar resposta às doenças epidémicas e agudas, confronta-se, desde meados do século passado, com o crescimento das doenças crónicas, com o aparecimento das doenças degenerativas e com a emergência das doenças ambientais, nalguns casos reemergindo doenças agudas oportunistas, reconfiguradas pela fenomenologia clínica de que estão dependentes, logo, mais recalcitrantes aos habituais métodos de as superar.

Os dilemas resultantes desta situação introduzem importantes alterações na produção das ciências médicas e das ciências da saúde, aumentando largamente o campo das especializações científicas nas profissões de saúde; exigem a reformulação das equipas de saúde, pela inclusão de especialistas de outras ciências, nomeadamente das ciências sociais e humanas, reforçando a centralidade da sua posição; e reclamam a inovação nos métodos e metodologias de as abordar e tratar, não só porque não são curáveis por referência à sua mera gestão clínica, como também a sua durabilidade inscreve a necessidade da gestão social das suas consequências, convertendo as carreiras destas doenças em biografias individuais disruptivas (Turner, 1992).

Estes dilemas têm suscitado nas sociedades contemporâneas a reflexividade social alargada sobre as formas de as gerir, quer em termos clínicos, quer em termos sociais. A consciência social da imprevisibilidade da sua emergência, da gravidade da sua evolução, da complexidade das decisões a tomar face ao seu carácter progressivamente incapacitante, da inevitabilidade das ondas de sofrimento que exigem palição, introduzem, entre outras necessidades, a de rever os sistemas de comunicação habituais entre as equipas de saúde e os doentes e a de inaugurar a participação das famílias como novos protagonistas nas relações terapêuticas.

Bibliografia:

- Carapinheiro, Graça (1998), Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares, Porto, Afrontamento (1ª edição em 1993).
- Foucault, Michel (1963), La Naissance de la Clinique, Paris, PUF.
- Radley, Alan (ed.) (1993), Worlds of Illness, Londres, Routledge.
- Turner, Bryan S. (1992), Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology, Londres, Routledge.
- Silverman, David (1987), Communication and Medical Practice. Social Relations in the Clinic, Londres, Sage Publications.
- Williams, Simon e Canan, Michael (eds.) (1996), Modern Medicine. Lay perspectives and experiences, Londres, UCL Press.



* Professora Associada com Agregação ao Departamento de Sociologia do ISCTE
Investigadora do CIES

2. A Informação ao Doente é um Direito

Luís Lemos*

Sim, evidentemente, a informação dos profissionais de saúde ao doente é um direito!

Sabemos também que entre o saber (conhecimento) e a prática (atitudes) vai uma distância.

Na Pediatria, nomeadamente na Pediatria Médica, deram-se passos muito importantes, nas últimas décadas, no sentido lato da humanização e em concreto da qualidade da comunicação entre os profissionais e o doente e/ou a sua família. Mas esta constatação não deixa margem para dúvidas de que, colectiva e individualmente, temos que fazer melhor no caminho já trilhado, envolvendo as novas gerações e procurando, nas diversas áreas de intervenção, reflectir sobre o tema e tentar otimizar a situação.

Ainda acontece com alguma frequência que, ao inquirirmos os pais sobre o que disse o médico que orientou uma criança dias ou horas antes, sejamos informados que “não sabemos” ou “nada disse” ou “não explicou”. A experiência já nos ensinou que não devemos nestes casos concluir apressadamente que a informação não tenha sido prestada. Pode ter sido o caso ou ela pode ter sido correctamente transmitida mas não ter havido, por exemplo, condições objectivas ou subjectivas para a sua assimilação.

Felizmente, hoje, muitos familiares ou jovens e até crianças questionam-nos directamente - e às vezes muito rapidamente - sobre os procedimentos, diagnósticos ou orientações. Muitos outros, todavia, ainda mantêm face aos profissionais e sobretudo aos médicos, uma atitude muito passiva e pouco ou nada solicitam de informação.

A comunicação que se deseja deve ser feita atempadamente, ponderando bem o conteúdo e a forma, sobretudo nas situações mais delicadas, acessível ao nível cultural dos interlocutores e em ambiente o mais adequado possível. É preciso tempo par que haja possibilidade de esclarecer dúvidas e para que a orientação seja bem assimilada. E os jovens e adolescentes colocam-nos um grande desafio visto que a informação, nestas idades, tem que ser particularmente cuidada.

A comunicação pode corresponder a uma orientação em situações de não doença, como muitos dos aconselhamentos em Cuidados de Saúde Primários. Nos Hospitais, lidamos mais com situações patológicas. A preocupação com a qualidade da comunicação não pode distinguir qualquer delas.

No nosso dia a dia, há aspectos do diálogo entre profissionais e as famílias/crianças/jovens sobre os quais vale a pena também reflectir.

Hoje, na maioria das estruturas de saúde, os cuidados podem ser prestados por múltiplos profissionais: vários especialistas nas áreas médico-cirúrgicas, enfermeiros, técnicos de Serviço Social, psicólogos, para citar apenas alguns. Frequentemente alguns podem ser solicitados a orientar sequencialmente as crianças ou os jovens. Não seriam aceitáveis lapsos ou contradições na informação a prestar. Não pode haver comunicação de qualidade entre os profissionais e os utilizadores dos Serviços de Saúde se não houver também uma boa troca de informações inter e intra-profissional.

É importante considerar uma hierarquia que identifique claramente quem é o responsável actual pelos cuidados assistenciais e é ele que, em última análise, recebendo os diversos contributos, estará em melhores condições para fazer uma síntese apropriada do que deve ser comunicado.

Por outro lado, para situações muito comuns e frequentes nos Serviços de Saúde, é desejável que haja uma certa harmonia de actuação, actualizada e discutida, aceite pelo conjunto dos profissionais envolvidos. Isto facilita uma comunicação muito mais consistente, sem contradições em relação aos aspectos fundamentais, quer de investigação quer dos diagnósticos e orientações finais.

Nos nossos Serviços de Saúde e nomeadamente hospitalares, discutimos frequentemente e de modo formal, problemas de doenças mas praticamente não abordamos os problemas da comunicação com as crianças, jovens e familiares. E, contudo, é um tema muito importante e actual que pode e deve ser debatido nas reuniões formativas da responsabilidade dos Serviços ou do Hospital. A intervenção aí dos diversos profissionais é particularmente estimulante. O aproveitamento de casos paradigmáticos nesta área, que é feito por vezes informalmente no corredor e com um núcleo restrito de profissionais, poderá então ser ampliado, para benefício formativo de todos.

Uma experiência interessante e útil que vivi nesta área consistiu numa avaliação da qualidade da comunicação entre os profissionais (médicos e enfermeiros) da equipa de saúde e entre estes e as crianças e familiares, feita por Psicólogos, no Serviço de Urgência. Foi um trabalho realizado durante alguns meses, no decurso das passagens do Serviço e ao longo da actividade assistencial, nas Unidades de Internamento de Curta Duração. A colheita de dados permitiu depois uma discussão viva e muito participada em reunião geral do Hospital, que nos sensibilizou para aspectos relevantes dessa comunicação e facilitou algumas mudanças de atitudes que corresponderam



a significativos saltos qualitativos, depois incorporados na vivência do Serviço.

Nos nossos Serviços de Saúde, nas áreas de Internamento (incluídas as de Internamento de Curta Duração dos Serviços de Urgência) e nas Consultas programadas, gerais ou de especialidade, em Hospitais ou Centros de Saúde, há condições de estabilidade assistencial que devem possibilitar uma comunicação de muito boa qualidade. E sabemos que em muitos casos esta é uma feliz realidade. Nos tempos que correm não podemos aceitar que critérios de produtividade, obsessivos ou mal interpretados, possam de alguma forma pôr em causa as condições básicas para que aquele objectivo seja cumprido.

Mais difícil, reconheço, é por vezes o panorama nos gabinetes de consulta ou nas salas de triagem dos Serviços de Urgência, naqueles dias em que os afluxos incontrolados sufocam também o pessoal de saúde. Então, obviamente, nem tudo corre bem no que diz respeito à qualidade da comunicação. Mas mesmo aí e sobretudo nessas situações, devemos ter bem presente esse direito irrecusável de quem nos procura em situação por vezes de grande pressão psicológica.

* Médico Pediatra, Chefe de Serviço Hospitalar

3. Pais Parceiros/ Pais Visitas

Nilze Batista*

Neste artigo não me irei pronunciar sobre o direito da presença dos pais ou seus substitutos junto da criança/adolescente porque o mesmo está mais do que consagrado a nível nacional e internacional através da Carta Europeia da Criança Hospitalizada aprovada, em 1986, pelo Parlamento Europeu e que foi a inspiradora da Carta da Criança Hospitalizada – Carta de Leiden – 1988, a qual foi preparada por várias associações europeias, entre elas Portugal, através do Instituto de Apoio à Criança (IAC) – Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança.

O artigo 2º da Carta da Criança Hospitalizada diz:

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

Apesar dos 19 anos passados, pudemos constatar, através do inquérito realizado pelo IAC sobre acolhimento e estadia de crianças no Hospital (2001-2002), que, em pleno século XXI, ainda temos alguns Hospitais em que a presença dos pais é limitada. Por organização ou por limitações de ordem técnica? Seja qual for o motivo, tem de ser rapidamente ultrapassado.

Neste momento, o que me interessa comentar é o papel dos pais ou dos seus substitutos junto da criança/adolescente hospitalizado.

Deverão ser considerados pelos próprios e pelo pessoal de saúde visitas ou parceiros?

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa - *Visita é o acto de ir ver alguém no local onde essa pessoa se encontra e se ficar na sua companhia durante um certo tempo. Parceiro é pessoa que partilha alguma coisa com outra ou que com ela toma parte em algo.*

Perante estas definições, não tenho dúvidas que eu e os profissionais de saúde que prestam cuidados a crianças e adolescentes querem pais parceiros, que façam parte, dentro das suas condições globais, da equipa que cuida dos seus filhos.

Ao acompanhante deve caber o papel de suporte afectivo, de informar o pessoal hospitalar que cuida das suas crianças/adolescentes dos hábitos, carácter ou comportamento habitual destes e de prestar os cuidados básicos – higiene e alimentação, se tal for permitido no estado de saúde em que se encontram, de modo a não lhes alterar, na medida do possível, as suas rotinas.

O atendimento específico aos pais é indispensável, uma vez que se eles estiverem bem, terão mais condições de participar na recuperação dos filhos, colaborando nos cuidados e oferecendo-lhes suporte emocional.

Para que este esquema funcione em pleno, considero condições necessárias e imprescindíveis:

Organização:

Existência de um guia de acolhimento com todas as indicações e modo como os pais podem e devem cuidar dos seus filhos, ajudar nos cuidados de higiene e de alimentação (sempre sob a orientação dos profissionais de saúde responsáveis). O guia deve dar conhecimento das normas que estão em vigor no serviço e que têm de ser respeitadas.

Este guia não pode de modo algum substituir os diálogos de acolhimento e posteriores com os prestadores de cuidados do serviço, de modo a haver um conhecimento recíproco dos vários intervenientes neste processo, única possibilidade de esclarecer dúvidas que

evitarão determinados constrangimentos que só irão prejudicar a tarefa desejada – **o bem estar da criança/adolescente**.

Deve-se estimular a presença dos pais, mas, aqueles que, por qualquer razão, não possam ter uma presença regular não devem ser culpabilizados, pois esta atitude leva sempre a resultados negativos.

O acompanhamento dos profissionais de saúde permite fazer o correcto ensinamento aos pais das tarefas básicas que sabemos nem sempre serem as adequadas, ou pela juventude dos pais - muitas vezes a terem de tratar pela primeira vez de um bebé, ainda para agravar em situação de doença - ou por estarmos perante famílias disfuncionais.

As equipas de prestadores de cuidados são confrontadas com uma nova problemática e por isso, a assistência a procedimentos clínicos deve ser decidida com os pais, depois destes terem sido devidamente informados sobre os actos médicos ou de enfermagem a praticar, para chegarmos ao que chamarei “negociação construtiva”.

Planeamento de Espaços para os pais ou acompanhantes:

Na maioria das situações, penso que os pais ou acompanhantes devem ter um cadeirão confortável e reclinável junto à cama da criança/adolescente.

Não me parece necessário haver uma sala própria onde os pais ou acompanhantes pernoitem, porque na maioria dos casos a situação de hospitalização é aguda e por tal motivo deve durar o menor tempo possível. Casos excepcionais: doentes crónicos, com internamentos prolongados e/ou residindo muito longe (por exemplo, nas Ilhas). Para estas situações específicas, penso que a melhor solução é a de uma residência gerida pelo próprio Hospital e situada perto deste.

As instalações sanitárias devem ser simples mas condignas.

Se possível, deve existir uma pequena sala onde pais ou seus substitutos possam tomar uma bebida quente ou fria e descansar um pouco. Há que ter em conta que estes momentos não devem ocorrer quando as crianças estão a necessitar da sua presença, como infelizmente não raras vezes se verifica. Aqui entra o trabalho de parceria com ensinamento, pela positiva, por parte do pessoal de saúde

Apoio Familiar à Criança Hospitalizada

Este ponto já me parece estar, quase, devidamente legislado.

O Decreto-lei 21/81 e o Decreto Regulamentar 189 de 19 de Agosto garantem que os pais ou quem os substitua não estão submetidos ao regulamento hospitalar de visitas nem aos seus condicionamentos, designadamente ao pagamento da respectiva taxa.

O Decreto-lei 17/95 permite a justificação de faltas para apoio a filhos menores durante o período de internamento.

O Decreto-lei 26/87 regulamenta as situações nas quais são concedidas refeições gratuitas aos pais ou a quem os substitua:

- a) enquanto as crianças/adolescentes se encontrem em perigo de vida;
- b) no período pós-operatório, até 24 horas depois da intervenção;
- c) no que respeita às mães, sempre que amamentem a criança internada;
- d) quando as crianças/jovens internados estejam isolados por razões de critério médico-cirúrgico;
- e) quando os acompanhantes residam a mais de 30 km da unidade hospitalar onde decorre o internamento.

O *quase* (atrás opinado) tem a ver com o considerar que, neste último ponto, devem estar salvaguardadas mais duas situações:

- a) quando comprovada pelo Serviço Social a precariedade económica do agregado familiar;

b) todos os pais ou acompanhantes deverão ter acesso ao refeitório do Hospital com refeições aos preços praticados para os funcionários.

Conclusões:

1. Os pais ou seus substitutos devem ser vistos pela equipa de saúde como parceiros com direitos e deveres;
2. As equipas de saúde terão de se organizar para esta nova realidade, começando pela organização interna. A integração de novos interlocutores só é conseguida numa equipa com humanização das relações de trabalho;
3. Deve-se ultrapassar a dificuldade de comunicação entre o pessoal hospitalar e os pais: o diálogo é indispensável;
4. As equipas, incluindo os pais, devem reflectir nesta mudança de mentalidades e de comportamentos;
5. A concretização depende da sensibilização e vontade de todos e muito particularmente dos responsáveis pelos serviços de saúde.

* Médica Pediatra, Chefe de Serviço Hospitalar

4. O Que Sentem os Pais

Otília Gouveia*

Gostaria de começar por me apresentar, chamo-me Otília Gouveia, tenho 33 anos e sou a Mãe do Gonçalo de cinco anos e meio, portador de uma doença crónica Neuromuscular designada por "Miopatia Nemalinica".

A doença do Gonçalo manifestou-se no seu primeiro dia de vida, duas horas depois do seu nascimento, o que nos levou desde esse primeiro dia a ter necessidade de recorrer às entidades hospitalares com bastante frequência e por vezes (por força dos internamentos) por longos períodos.

Seria por isso certamente fácil de acreditarem, tendo em conta os hábitos e brandos costumes, se começasse por vos descrever as nossas más experiências hospitalares que eventualmente poderiam começar na tão usual má assistência na Urgência Pediátrica e continuar na Pediatria Médica ou até nos Cuidados Intensivos Pediátricos, locais onde, como já referi, permanecemos por períodos mais ou menos extensos.

Felizmente, a experiência positiva da nossa família, quer nas passagens pela Urgência ou nos períodos de internamento ao longo destes últimos 5 anos, não nos podem levar a concordar com esse senso comum. Ao contrário, podemos inclusive dizer que conseguimos criar laços de amizade que ultrapassam as comuns relações de família-doente/médico-enfermeiro-auxiliar de acção médica.

Ao longo deste período, que podemos considerar de facto longo, permitiu-nos também a nós enquanto família de um doente crónico ponderar e até questionarmo-nos sobre quais as nossas reais necessidades relativamente a todo este sistema (Hospital / Serviços / Profissionais de Saúde), sendo que a resposta que nos surge de imediato é que essas necessidades ultrapassam claramente os tradicionais serviços de Saúde.

Quando falo em Pediatria, acho que automaticamente o pensamento que nos deveria surgir é de que o doente não pode ser encarado como um ser isolado, mas sim um membro (o principal como é óbvio) pertencente a um núcleo, núcleo este por quem é suportado.

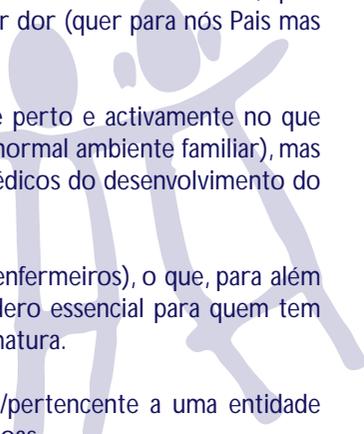
Acho por isso que me posso permitir afirmar que a nossa "Positiva Vivência Hospitalar" se deve, antes de mais e em grande parte, a toda uma equipa de pessoas que encara a sua profissão e a Pediatria em geral como um conjunto de núcleos coesos com necessidade de serem cuidados e protegidos (com mais ou menos acertividade, conforme as famílias).

No meu entender, cada doente/família que entra na Pediatria de um Hospital, quer seja como já disse na Urgência com um curto episódio ou num serviço com necessidade de internamento, deverá ser encarado pelos seus profissionais com um sentimento de inclusão, de parte integrante e não como meras presenças, que acabaram de chegar com o doente.

Passsei ao longo deste percurso por várias fases, fases essas que passaram por situações de enorme ansiedade, de dor e até de algum terror.

Mas enquanto Mãe sempre presente, poderei também dizer que todos estes momentos foram grandemente atenuados pela sensação de inclusão e acompanhamento que senti da parte da maioria dos profissionais que nos têm assistido.

Desde o dia do nascimento do Gonçalo e apesar da nossa total inexperiência, que sentimos/decidimos (eu e o Pai) que iríamos, ou pelo menos pretendíamos ser, antes de mais, Pais presentes e conscientes de toda a situação que nos estava a acontecer, por mais difícil que ela nos parecesse.



A partir desse dia, sentimo-nos sempre no direito de estar junto do Gonçalo, quer em situações de dita rotina de cuidados, quer também nos momentos considerados de cuidados de Saúde mais delicados, ou seja, os momentos de maior dor (quer para nós Pais mas principalmente para o Gonçalo).

Mas a nossa sensação de participação na vida do nosso filho não se esgotava no direito de participar de perto e activamente no que considerámos desde logo as rotinas de um bebé que acaba de nascer (muito embora não decorressem no normal ambiente familiar), mas também e com não menor importância na necessidade de estarmos a par de todos os aspectos clínicos/médicos do desenvolvimento do Gonçalo.

Desde início que conseguimos estabelecer uma fácil comunicação com todos os profissionais (médicos e enfermeiros), o que, para além de nos preparar para o futuro, nos deu desde logo uma sensação de confiança e de conforto, que considero essencial para quem tem obrigatoriamente de deixar um filho entregue nas mãos de outrém e ainda por cima numa fase muito prematura.

Tive a oportunidade com esta experiência que foi o nascimento do Gonçalo de me sentir enquadrada/pertencente a uma entidade hospitalar, que julgo ter por excelência, como Profissionais da Pediatria, pessoas que antes de mais são pessoas. E com isto quero dizer que estas pessoas encaram o desempenho da sua profissão, com o cuidado de quem lida antes de mais com Doentes e com as suas Famílias.

Famílias essas que antes de mais e em momentos difíceis precisam de se sentir saudáveis para suportar e assistir a doença dos seus mais queridos.

Famílias que precisam de uma palavra e um gesto de carinho e que no nosso caso têm estado sempre presentes.

E como costumo por graça dizer, enquanto “Mãe Crónica”, acho que nos devemos reservar o direito absoluto, enquanto Pais e utilizadores de qualquer entidade de saúde ou hospitalar, de estar junto dos nossos filhos o maior tempo possível e sempre que seja clinicamente possível e também de nos reservar o direito de estar informados de toda a evolução da saúde do nosso filho.

Queria ainda e antes de terminar, salientar todo o desenvolvimento que nos últimos tempos se tem sentido (e mais uma vez, graças aos excelentes Profissionais envolvidos na Pediatria) ao nível da Humanização do espaço físico que é um Hospital. No nosso caso preciso, as actividades (O Projecto da Música no Hospital, A Operação Nariz Vermelho, A Hora do Conto e outras) ajudaram sem dúvida quer os nossos Filhos, quer a nós próprios, a tornar mais coloridos os momentos mais difíceis das nossas vidas.

* Mãe

5. A Presença dos Pais num Serviço de Pediatria – Uma Opção? Uma Obrigação? Que Comunicação Inter-pares?

Amélia Cavaco*

Desde o momento em que o internamento de uma criança se impõe, a presença dos pais é uma necessidade vital.

São os vínculos já existentes que irão permitir com que a rotura brutal com o que lhes é familiar, rotura essa que na maioria das vezes é inesperada, não seja tão lesiva e até funcione como “terapêutica”.

São as vozes do acordar ou do adormecer, o sorriso doce da mãe ou do pai, o olhar que fala sem dizer palavras, e tantos outros pequenos pormenores que irão sem dúvida permitir que a criança hospitalizada não sinta que tudo é novo, hostil ou até agressivo. É nesta perspectiva que a presença dos pais não pode ser vista como uma opção mas sim como uma necessidade.

Desta forma, o acolhimento aquando do internamento terá de ser para ambos – criança e pais – pois é com este binómio que estaremos sempre a dialogar e cuidar.

Nesta comunicação oral, alguns obstáculos se irão interpor, uns resultantes da própria ansiedade, inquietude e por vezes até culpabilidade oculta que pode levar a alguns mal entendidos que podem surgir logo na primeira abordagem entre a equipe cuidante e a família.

Sendo a mãe quem na maioria das vezes serve de interlocutor, é necessário saber interpretar alguns dos sintomas referidos, bem como as palavras empregues.

É nesta plataforma que o meio sócio-cultural tem algum peso pois teremos por vezes de “descodificar” algum vocabulário empregue, e, no sentido inverso, teremos de reduzir o vocabulário técnico que muitas vezes nos é comum e completamente ininteligível para o nosso interlocutor.

Para familiares de nível sócio-cultural mais favorecido, o diálogo, pelo contrário, cada vez se aproximará mais de um diálogo técnico face às informações adquiridas na Net. Isto obriga a que, da parte dos profissionais, haja o cuidado de tornar mais inteligível toda esta informação que, para além de compacta e por vezes desarticulada, está associada a uma carga emocional considerável.

No entanto, nesta comunicação inter-pares, de forma alguma a criança pode ser descurada pois é ela quem na realidade está doente e irá enfrentar provas múltiplas.

A sua abordagem é sempre em função da idade e, se para o lactente o mais importante é sem dúvida minimizar a angústia da separação ligada à hospitalização, já para a criança maior ou o adolescente os problemas põem-se a outros níveis.

Para estes, é fundamental que se sintam um dos inter-pares, dando-lhes a palavra para se exprimirem sobre o que sentem, o que os preocupa, etc., explicando-lhes de forma simples mas precisa a sua doença para que possa “despir-se” de fantasmas e perceber que o médico e todos os outros intervenientes têm como preocupação a sua melhoria e regresso a casa e escola. O diálogo deverá sempre permitir a um largo espaço para a expressão das suas preocupações.

Neste diálogo, as explicações dadas directamente pelo médico são primordiais pois é muito importante que a criança saiba o que tem, que exames vai efectuar e que tipo de tratamentos estão previstos pois a aceitação dos mesmos estará facilitada. Muitas vezes, a doença é vista como um inimigo terrível onde o herói médico se irá defrontar numa guerra de onde terá de sair vencedor. Esta visão pode ser dada em histórias de banda desenhada que será uma forma mais simples e apelativa para a criança.

Em conclusão, a preocupação do bom e correcto acolhimento da criança e seus familiares é sentida por todos os profissionais que com a criança se envolvem, mas também é sabido que nem todos os Serviços de Pediatria dispõem de estruturas físicas que permitam uma estadia confortável para os familiares, por vezes as visitas de irmãos mais novos é dificultada e a ligação à escola para o doente crónico é para muitos ainda uma utopia.

*Médica Pediatra, Directora de Serviço de Pediatria

6. Visitas, Laços com o Exterior

António Nabais*

A visita: um momento significativo de interacção entre indivíduos ou uma rotina institucional?

Quando desejamos visitar alguém que se encontra doente, habitualmente fazemo-lo (ou poderíamos ter o cuidado de o fazer) não apenas por nossa vontade, mas porque o indivíduo que se sente doente se disponibiliza a receber-nos.

Pretendo em breves palavras reflectir sobre o contexto em que decorrem as visitas em ambiente hospitalar, admitindo que a generalidade dos indivíduos que se encontram internados no hospital se encontram doentes, para atalhar caminho na definição dos conceitos de saúde e doença.

Consideramos então consensual no momento histórico – social em que vivemos que o conceito de saúde é seguramente mais que a ausência de doença. Mais que definir saúde mobilizando as abordagens biológica, psicológica, social, cultural, espiritual e ecológica, interessamo-nos neste momento valorizar um indicador de saúde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza desde 1996, que consiste na opinião que cada indivíduo tem sobre o seu estado de saúde.

Este indicador de saúde remete-nos claramente para o lugar central do indivíduo na gestão da sua saúde, assim como para o significado que o próprio atribui ao conceito de saúde, que dista sobremaneira da definição dos profissionais de saúde.

Estar doente depende mais de como o indivíduo sente que de um diagnóstico médico. Hoje, a saúde ocupa um espaço relevante no significado atribuído por cada indivíduo na edificação do conceito de bem-estar que se propõe construir ao longo do seu processo de individualização.

É compreendendo o indivíduo na sua singularidade, onde “cada pessoa no mundo é, ou deve ser, um ser autónomo, que se rege a si próprio, e, ao mesmo tempo, que cada pessoa se distingue ou, talvez também neste caso, deve distinguir-se, de determinada forma, de qualquer outra pessoa” (1) (Elias, 2004:178), que se confere ao indivíduo liberdade para gerir a sua saúde, responsabilizando-o pelos comportamentos que adopta e pela repercussão destes no seu bem-estar.

Quando o indivíduo é convocado para se apresentar e permanecer no hospital, com frequência é solicitado a cancelar a sua liberdade e autonomia, entregando-se aos cuidados dos profissionais de saúde, que mobilizando um discurso técnicoprofissional, convocam um sem número de regras, normas, preceitos e rotinas por si instituídas nos hospitais, colocando o indivíduo “entre parênteses”.

Entre as diversas regras e normas instituídas no hospital, as visitas (quando não compreendidas numa interacção significativa entre dois ou mais indivíduos), continuam teimosamente a integrar algumas instituições e serviços como uma rotina, fundada num regulamento geral, que os profissionais de saúde por vezes resistem em moldar a cada situação ou indivíduo.

Perceber as visitas, não como uma interacção entre indivíduos mas como uma rotina hospitalar ou de enfermaria, não permite que profissionais de saúde, indivíduo visitado e indivíduo visitante partilhem a mesma definição de situação.

As visitas, para alguns profissionais de saúde, são ainda entendidas como indivíduos estranhos ao espaço hospitalar (templo dos profissionais de saúde), uma vez que não integram nenhum dos actores que habitam o hospital, doentes e profissionais de saúde. As visitas, ao não se encontrarem doentes (internadas), e ao serem representadas pelos profissionais de saúde como leigos, necessitam, para poder entrar no “templo sagrado”, ser enquadradas num conjunto de regras e normas, construídas pelos profissionais de saúde, que confinam e condicionam a acção do indivíduo visitante.

As visitas, entendidas enquanto rotina, sofrem a sua primeira derrocada nos anos 80, quando se compreende que as crianças beneficiam em ter os pais ou um elemento de referência presente durante o internamento hospitalar, percebendo-se que a separação entre a criança e a pessoa significativa demonstrava ser traumática para a criança.

Este movimento nasce de um entendimento da criança que se afasta cada vez mais da imagem da criança das sociedades rurais do passado, onde era vista como um “adulto em miniatura”, encontrando-se a criança nas sociedades modernas no centro dos afectos do universo familiar, sendo encarada como alguém com estatuto e personalidade próprios, como fruto gratificante do amor dos pais e portanto

reconhecida como ser único e vulnerável, a merecer carinho e protecção (2). (A. Nunes de Almeida:2000, 11-32:15).

Desenvolveu-se durante o séc. XX um movimento de protecção das crianças (contra a discriminação, os maus-tratos, a violência dos adultos) alicerçado num conjunto de profissões que se especializaram e profissionalizaram na criança, promovendo um conjunto de direitos de provisão (de alimento, de condições de saúde e assistência, de educação) que o estado – providência se propõe garantir, sendo estes os pilares estruturantes na actualidade para a edificação do “bem-estar infantil”.

Se nas sociedades de modernidade tardia, os indivíduos vivem num contexto social onde o estado – providência se propõe garantir a saúde como um bem e reconhece aos indivíduos competência reflexiva para gerir de forma livre e autónoma o seu bem-estar, então, não será pelo facto do indivíduo estar internado numa instituição hospitalar que perde as suas competências reflexivas. O internamento hospitalar não coloca o indivíduo numa situação de inimizabilidade (salvo nas condições limites em que ocorre), devendo garantir de forma efectiva as actividades que o indivíduo deseja manter, aquando do internamento, e permitir que altere as que considere necessárias, em função de uma nova definição de situação, que se pretende ser construída entre indivíduo internado e profissional de saúde. Esta nova definição de situação em que o indivíduo se encontra frequentemente está envolvida em momentos de grande dor, sofrimento e reflexão, que justificam a necessidade de cada indivíduo permanecer em recato ou desenvolver um conjunto de aproximações ou reaproximações que considere significativas. Os profissionais de saúde e as instituições hospitalares não podem bloquear este movimento em função de rotinas instituídas, que estas sim, quando existem, são sinal claro da ausência de reflexividade).

A alteração da representação da criança na modernidade permitiu que a família, habitualmente a mãe, permanecesse junto da criança durante o internamento. Este movimento nasce do reconhecimento da importância da relação entre criança e a família, de forma a garantir que esta vivência da criança durante o internamento seja o menos traumática possível.

Surge a necessidade de acrescentar à imprescindível presença da mãe ou do pai (como a entendemos na actualidade), a importante presença de outros actores sociais durante o internamento da criança, sejam estes a família alargada, o grupo de pares, professores e todos os que a criança considere importantes. Repito, todos os que a criança considere importante, pois, após o movimento de protecção e provisão que garante as condições essenciais para promover o bem-estar infantil, este, só poderá realmente existir quando a voz da criança) for verdadeiramente escutada. A criança, como actor social pleno, tem o direito de participar na construção do seu conceito de bem-estar durante a infância e o adulto o dever de garantir e promover esta participação de forma efectiva.

Torna-se necessário “refazer a ideia dominante da infância e situar decisivamente a categoria geracional constituída pelos seres humanos mais novos a par das outras categorias sociais. A identidade social da infância não se especifica pelo facto das crianças estarem numa presumível etapa anterior à inserção social: as crianças são actores sociais, como tal agem reflexivamente na sociedade e contribuem na sua interacção com os adultos para a construção dos respectivos mundos de vida.” (3) (Sarmiento, 2000:33-44:44)

Urge a necessidade de escutar as crianças, conhecer e compreender as suas opiniões (processo elementar de um regime Democrático) percebendo o significado que os conceitos mobilizados por elas têm durante a infância. A visita hospitalar é um direito de cidadania que qualquer indivíduo deve usar e que qualquer instituição deve facultar.

A visita hospitalar em pediatria é um direito de cidadania que o adulto se deve preocupar em promover, escutando a criança e percebendo a importância que determinados indivíduos têm para a criança e para o momento de vida em que esta se encontra.

A visita é algo agradável, todos nós gostamos de receber bem, poderíamos ter o cuidado de permitir que os nossos hóspedes, quando no hospital, tivessem condições de receber bem as suas visitas. Não necessitamos de grandes recursos materiais para o fazer, todos nós já nos sentimos bem recebidos por alguém, que sem ostentação, realmente nos acolheu.

Bibliografia:

- (1) Elias, Norbert, (2004), A Sociedade dos Indivíduos, Lisboa, Dom Quixote.
- (2) Almeida, A. Nunes de, (2000), A sociologia e a Descoberta da Infância: Contextos e Saberes, Fórum Sociológico; no 3/4 (IIa série), pp.11-32.
- (3) Sarmiento, Manuel (2000), A sociologia e a Descoberta da Infância: Contextos e Saberes, Fórum Sociológico; no 3/4 (IIa série), pp.33-44.

(1) Giddens caracteriza a modernidade como uma ordem pós-tradicional, onde as certezas das tradições e dos hábitos não foram substituídas pelas certezas do conhecimento racional. O mundo social contemporâneo caracteriza-se pela dúvida – característica prevaiente da razão crítica moderna. A modernidade caracteriza-se também pela liberdade e autonomia do indivíduo, abrindo portas e caminhos que até então se encontravam inultrapassáveis, mas também pela imprevisibilidade do comportamento humano, cria um conjunto de incertezas, quer em relação à vida individual quer em relação à humanidade no seu conjunto.

(2) Compreender a modernidade como uma ordem pós-tradicional que através da transformação do tempo e espaço e dos mecanismos de descontextualização consagra a vida social fora do alcance de preceitos e práticas preestabelecidas, prende-se directamente com a sua exaustiva reflexividade que convoca um extraordinário número de possibilidades de respostas que transformam radicalmente a maioria dos aspectos da actividade social e das relações materiais com a natureza, através de novas informações ou conhecimento. É o significado atribuído ao conceito de reflexividade que impulsiona o que Giddens chama de modernidade tardia.

(3) Não nos preocupámos em definir os limites etários que definem a criança podendo aceitar, para este contexto, o artigo 1o da Convenção dos Direitos da Criança, onde criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.

* Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica,
Assistente do 2º Triénio

7. Preparação Operatória

Orlando Cordeiro*

O internamento hospitalar constitui sempre uma situação de angústia na vida de uma criança, não só devido à ruptura dos seus padrões normais de vida, mas também aos poucos mecanismos de defesa que possui para enfrentar experiências stressantes. Neste contexto, a equipa de saúde tem um papel preponderante na promoção do desenvolvimento de capacidades da criança/jovem e família para ultrapassar a situação e obter um crescimento positivo da experiência.

Na hospitalização de uma criança que vai ser submetida a uma cirurgia, a **preparação operatória** surge como atitude terapêutica fundamental para minimizar o medo da criança e a angústia da família.

A preparação operatória visa essencialmente diminuir medos e ansiedades relacionados com o acto cirúrgico, fornecendo informação adequada de forma simples aos pais e à criança sobre a cirurgia e permitindo a expressão das suas emoções.

"O nosso medo do desconhecido cria um vazio, que se não for preenchido com uma explicação sensata, assume aspectos aterrorizadores, produzindo a nossa imaginação algo muito mais medonho do que seria na realidade." Adap. Hexágono Rocha, 7, nº6, supl. (1980).

É pelo facto de o desconhecido ser assustador e a nossa imaginação nos "pregar algumas partidas" que a preparação antecipada dos acontecimentos assume tão importante papel.

Quando as crianças e os pais são informados acerca do que se vai passar no dia da cirurgia, ficam menos ansiosos e mais colaborantes, e melhor preparados para enfrentar a cirurgia.

Assim, a preparação operatória visa:

- Informar a criança/jovem/família;
- Estabelecer uma relação de ajuda e de confiança de forma a encorajar a expressão emocional;
- Facilitar suporte à criança / jovem / família para "gerir" medos e ansiedades relacionados com o acto cirúrgico.

A preparação adequada no período pré-operatório é considerada como a primeira e mais importante etapa dos cuidados de pós-operatório.

No entanto, para que a informação transmitida seja eficaz, deverão ser considerados determinados aspectos:

- Idade da criança - a preparação para a cirurgia deverá ser realizada segundo o estágio de desenvolvimento da criança, nomeadamente:
 1. Idade pré-escolar - um dia antes;
 2. Idade escolar - dois a três dias antes;
 3. Adolescência - uma semana antes.
- Desenvolvimento cognitivo;
- Experiência prévia em cirurgias/internamentos;
- Tipo de cirurgia: - duração da cirurgia;
- cuidados no pós-operatório;
- Duração do internamento;
- Condições socio-económicas e culturais da família/capacidade de cooperação dos pais.

A informação a transmitir deve ser simplificada e a quantidade de informação e a linguagem deverão ser adequadas à idade e ao grau de percepção.

Porque acreditamos que o objectivo desta informação é não só diminuir a ansiedade, mas evitar traumas por desconhecimento das situações, defendemos que:

a preparação deve ser sempre feita e complementada com informação escrita com os pontos mais importantes, mas nunca excessiva.

“O medo dói”, esta frase foi verbalizada por uma criança de 4 anos após um internamento. É tendo em conta mensagens como esta que a equipa de saúde do serviço estabeleceu desde a sua abertura há 12 anos um protocolo de preparação para cirurgia baseado no modelo descrito, de modo a que o medo do desconhecido doa cada vez menos.

* Director de Serviço de Cirurgia Pediátrica

8. A Criança com Doença Crónica - Considerações sobre o Atendimento

Isabel Malheiro*

Teresa Cepêda**

O aumento da incidência da doença crónica na população pediátrica deve-se essencialmente às alterações dos padrões de morbilidade na infância, resultantes dos avanços tecnológicos e científicos na área da Saúde da Mãe e da Criança. Embora não existam dados referentes ao número de crianças com doença crónica no nosso país, outras realidades podem de algum modo espelhar a extensão desta problemática. Nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se que 15 a 18% das crianças até 18 anos de idade sejam portadoras de uma condição crónica (Thies, 1999).

A maioria destas crianças requer cuidados de saúde especiais de uma forma continuada, situação que levantou novos desafios a todos os intervenientes neste processo, em que se destacam as famílias e os profissionais de saúde e educação.

O diagnóstico de doença crónica é habitualmente feito em contexto hospitalar e em regime de internamento. Esta notícia dá origem a uma crise familiar, provocando grande angústia e sentimentos de dor, mágoa, revolta e ressentimento que se traduzem, por sua vez, em atitudes e comportamentos por vezes agressivos ou de aparente apatia, difíceis de compreender pelos profissionais de saúde.

Simultaneamente, dá-se início a um processo de ajustamento à nova condição e cabe aos profissionais de saúde contribuir com a sua disponibilidade, escuta, compreensão e empatia, procurando facilitar o processo de adaptação à doença.

Durante a fase de choque, os pais são bombardeados com informação que têm dificuldade em assimilar, por isso é fundamental estar atento à informação que é transmitida. Assim, esta deve ser simples, coerente, doseada de um modo progressivo e paulatino, de acordo com a capacidade de integração dos pais e, por fim, validada no sentido de avaliar até que ponto foi assimilada.

A construção do processo de ajustamento à situação do filho é complexa e pressupõe um trabalho contínuo em desenvolvimento até à vida adulta.

As necessidades destas crianças/jovens/famílias são múltiplas e o trabalho em equipa é fundamental para as identificar, para planear uma intervenção consertada e procurar reduzir o impacto negativo que esta experiência pode causar.

Ao longo das suas vidas, todas estas crianças têm com frequência crises de agudização decorrentes da doença crónica de que são portadoras, que resultam na necessidade de serem hospitalizadas. Newacheck, Shickland, Shonkoff et al (cit in Jackson e Vessey, 2000) referem que estas crianças têm cerca de cinco vezes mais hospitalizações do que as outras crianças.

Por outro lado, Hart e Bassert (cit por Wong, 1999) revelam que as experiências anteriores de internamento e os procedimentos que lhes são inerentes não reduzem o medo nas crianças, mas sim, substituem o medo do desconhecido pelo medo do conhecido.

É frequente observar que a permanência dos pais e das visitas decresce de internamento para internamento, denotando uma desvalorização e banalização deste acontecimento, devido ao incorrecto (pré) conceito de que a criança/jovem é “da casa” e como tal não precisa de um “tratamento especial”. É importante que os profissionais de saúde incentivem a permanência dos pais e das visitas durante este período, tal como fazem a outra criança qualquer.

Sendo pois os internamentos uma experiência potencialmente traumática para a criança/jovem e família, decidimos incluir algumas reflexões sobre a intervenção que podem ser implementadas pelos profissionais que se ocupam destas situações.

Independentemente da idade, é fundamental privilegiar a qualidade da relação entre os profissionais de saúde, a criança e a família.

Na **primeira infância**, a relação estabelecida com a família é primordial. Permite o apoio aos pais na fase de confronto com o diagnóstico, favorece a aceitação da partilha dos cuidados ao filho que lhes é imposta e alerta-os para as manifestações não verbais de mal-estar do bebé (irritabilidade, agitação, alterações do sono e alimentação, etc.).

É fundamental diminuir, sempre que possível, o efeito nefasto que um internamento pode trazer para uma criança desta idade através de algumas medidas preventivas tais como, assegurar a presença da mãe ou substituto com continuidade, adaptar as rotinas hospitalares às necessidades da criança (salvaguardar a continuidade de cuidados, propiciar uma relação fisicamente próxima entre a criança e a equipa terapêutica sempre que a mãe não esteja presente, manter o contacto da criança com os seus objectos mais investidos e de autoconsolo como a chucha, o boneco de peluche, almofada, etc.)

Na idade **pré-escolar**, para além da relação com a família, é também importante a qualidade do contacto estabelecido directamente entre os profissionais de saúde e a criança. O internamento deve, sempre que possível, ser programado com preparação prévia da criança e

família. A presença da mãe ou substituto continua a ser fundamental nesta faixa etária.

A função das educadoras nos serviços de pediatria, embora importante em todos os grupos etários, tem aqui um papel fulcral, permitindo a criação de um espaço lúdico onde podem ser expressas angústias e resolvidos conflitos, promovendo uma adaptação mais fácil ao internamento e às intervenções terapêuticas necessárias. As limitações da actividade física devem ser reduzidas ao mínimo pois impedem a expressão motora das emoções que é fundamental nesta fase.

As intervenções cirúrgicas podem ter um efeito particularmente traumático nestas idades, aumentando as angústias e preocupações frequentes e normais neste período pelo que, quando necessárias e inadiáveis, devem, sempre que possível, ser preparadas antecipadamente, por exemplo através do jogo ou da dramatização.

Na idade **escolar**, fase em que a criança tem maiores competências, é ainda mais importante que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação privilegiada com ela, para além da relação com a família.

Neste âmbito, podem por exemplo ser incentivados alguns mecanismos adaptativos como a compreensão racional da doença, o desenvolvimento de actividades compensatórias que se traduzam num reforço da auto-estima como a participação activa na intervenção terapêutica, a expressão de sentimentos (verbalmente, através do desenho, jogo, dramatização, etc.) e o contacto com outras crianças com a mesma patologia e bem adaptadas. Outras estratégias que podem ser implementadas assim como facilitar a adaptação à situação são a manutenção de algumas rotinas habituais da criança e família, o fomentar do contacto livre com pares e adultos significativos para além dos pais e família, e a promoção de uma boa integração escolar, mantendo um contacto com a escola e procurando dar continuidade ao processo de aprendizagem durante os inevitáveis internamentos.

Relativamente à **adolescência**, torna-se prioritário o estabelecimento de uma relação de confiança e de uma comunicação directa entre o adolescente e os profissionais de saúde. Nesta fase vulnerável, de grandes mudanças e contradições, é fundamental manter uma atitude compreensiva, empática e de respeito para com o adolescente internado e incentivar o desenvolvimento de mecanismos adaptativos à sua condição de saúde tal como na fase anterior.

Urge adaptar as condições físicas e humanas dos serviços de pediatria (consulta e internamento) às necessidades específicas deste grupo, criando condições de maior privacidade, por exemplo nas instalações sanitárias, quartos individuais e a existência de uma sala de convívio que permita a realização das actividades preferidas dos adolescentes.

Tradicionalmente, a adolescência é marcada pelas relações interpessoais com os pares, é com elas que ocupam grande parte do seu tempo, mais do que com a família e os adultos. Deste modo, permitir a visita de familiares e amigos em horário livre ou pelo menos alargado e manter um contacto próximo com o exterior, por exemplo com a escola e os grupos de actividades de lazer, etc. pode ter benefícios evidentes no seu processo de adaptação à doença.

De acordo com as directrizes da American Academy of Pediatrics (2003), a prática dos cuidados prestados às crianças com doença crónica deve ser centrada na família para dar resposta às suas necessidades psicossociais e de desenvolvimento. O papel da família, as suas qualidades, competências e conhecimentos são destacados como promotores da saúde e bem-estar da criança e a sua opinião é reconhecida como imprescindível na tomada de decisões. Cria-se então entre todos uma relação de trabalho próxima, de respeito mútuo e caracterizada pela parceria.

Esta filosofia traz vantagens para todos os intervenientes: para a criança, promovendo uma diminuição dos níveis de stress o que resulta no seu restabelecimento mais rápido, tornando-a mais resiliente aos obstáculos decorrentes da evolução da doença; relativamente à **família**, quando é encorajada e apoiada na responsabilização pela prestação dos cuidados ao seu filho, a sua adaptação é facilitada, reforçando-se a sua segurança e auto-confiança no desempenho das funções parentais; sentindo-se apoiada e compreendida, a família estabelece também mais facilmente uma relação de confiança com todos os profissionais de saúde, melhorando assim a qualidade do trabalho por eles desenvolvido (Macnab, 2000).

Um dos principais objectivos desta intervenção consiste em ajudar a família e a comunidade em que está inserida a ultrapassar os receios de não saber cuidar ou gerir bem a doença, desenvolvendo as respectivas competências que lhes permitam cuidar da criança/jovem de um modo autónomo, sem risco de agravamento da sua condição de saúde.

Apesar das vantagens que esta prática nos traz, existe ainda alguma resistência por parte dos profissionais de saúde. As mudanças de comportamento são sempre difíceis e porventura esta maior abertura e partilha com a família põe em causa a necessidade de poder e de controlo de alguns profissionais de saúde.

Importa destacar que a prática dos cuidados centrados na família não substitui ou demite os profissionais de saúde das suas funções; esta deve sim, criar condições que facilitem o envolvimento e a participação da família no processo de tratamento e adaptação à doença, o que deve ser compreendido como um desafio e nunca como uma ameaça. Lembrando as palavras do Prof. Torrado da Silva *“Os pais não são visitantes. Também não são adversários ou competidores dos profissionais de saúde.”*

Destaca-se ainda a importância do papel pedagógico que os profissionais de saúde podem e devem assumir no âmbito da educação para a saúde, sobretudo nas situações de doença crónica em que a família necessita de prestar cuidados especiais de saúde no domicílio.

Podemos dizer que foram dados os primeiros passos por parte dos profissionais de saúde relativamente à preocupação de envolver e partilhar com a família a responsabilidade dos cuidados; no entanto parece-nos que ainda há uma longa caminhada a percorrer.

Por outro lado, reconhecendo a inserção da família na comunidade, os cuidados centrados na família exigem também o envolvimento da equipa dos cuidados de saúde primários no processo terapêutico, partilhando a responsabilidade pelos cuidados de saúde da criança/jovem e pelo seu bem-estar (Comissão Nacional de Saúde Infantil, 1993). Afinal, são eles quem melhor conhece o contexto de vida da criança e da família e os diferentes recursos da comunidade, para além de estarem mais acessíveis!

No entanto, actualmente, a imagem que se reflecte do nosso país está longe da ideal. Estas crianças/jovens são seguidos e acompanhados predominantemente em contexto hospitalar, na consulta de especialidade de pediatria, muitas vezes longe do local de residência. Estima-se que em Portugal dois terços destas consultas se destinam a crianças com doença crónica (Barros, 1999). Segundo Jackson e Vessey, (2000) em países desenvolvidos como os EUA estas consultas estão vocacionadas para o diagnóstico das situações, o acompanhamento das situações de maior complexidade que exijam uma abordagem mais especializada e a supervisão dos casos de menor complexidade cuja responsabilidade terapêutica está a cargo dos Cuidados de Saúde Primários.

Em muitos dos nossos serviços de Pediatria, o Hospital de Dia surge como uma alternativa ao internamento nas situações em que são necessários tratamentos regulares. Este princípio vai ao encontro de um dos pontos da Carta da Criança Hospitalizada *“evitar, sempre que possível, o internamento”*. O hospital de Dia permite entre outros aspectos, diminuir a taxa de absentismo escolar das crianças (que habitualmente é muito elevada) e do absentismo laboral no caso dos pais que acompanham os filhos durante o internamento. É uma solução bastante vantajosa para todas as crianças e de um modo especial, para as que são portadoras de doença crónica que necessitam de tratamentos periódicos e frequentes, como acontece por exemplo nos casos de infeção por VIH, para fazer as imunoglobulinas.

De entre as doenças crónicas nesta faixa etária, a infeção VIH, para além das repercussões psicossociais comuns às outras doenças, destaca-se por determinar outros problemas específicos que justificam a sua menção neste documento.

Salienta-se a situação de crise familiar, pois para além da angústia e tensão causadas pela doença da criança, estes pais têm ainda de lidar com o facto de estarem eles próprios doentes e terem sido responsáveis pela transmissão da doença à criança.

As separações, a morte e o luto estão também muito presentes nestas famílias, atingindo muitas vezes vários dos seus membros. A percentagem de crianças órfãs é alta o que determina mudanças abruptas e potencialmente traumáticas nas suas vidas, pela frequente ruptura no sistema de suporte sócio – familiar.

Numa percentagem elevada de casos, esta população é oriunda de meios sociais desfavorecidos e minorias étnicas, (con) vivendo em situações de violência e abuso de drogas.

Todos estes factores têm compreensivelmente um forte impacto negativo na capacidade de adaptação à doença e ao tratamento destas crianças e famílias. Estes aspectos tornam patente a necessidade de organização de uma rede de suporte psicossocial e familiar, bem articulada e eficaz, capaz de dar resposta a estas situações, colaborando proximamente com as unidades que tratam estas crianças a nível hospitalar.

Habitualmente associado a esta situação existe o secretismo e a consequente limitação de comunicação que se traduz num isolamento das famílias e aumenta a angústia, inibe a organização de mecanismos adaptativos e eventualmente dificulta o acesso aos sistemas de suporte psicológico e social. É pois necessário que os técnicos que apoiam estas situações estejam atentos e disponíveis para ajudar as famílias a manter um bom nível de comunicação intra familiar (ouvindo os seus receios e dificuldades e ajudando a ultrapassá-los), facilitando o acesso aos serviços de suporte psicossocial e familiar e garantindo simultaneamente a sua privacidade.

Como reflexão final destacamos:

Apostar na inclusão da criança e família na equipa e procurar ouvi-las e compreender as suas necessidades reais, (ouvindo-os, pode ser) é fundamental para que haja uma adequação nas nossas práticas. Tal irá decerto transformar-se em ganhos visíveis para todos os

intervenientes, que se traduzirão numa melhoria de qualidade de vida para estas crianças, jovens e suas famílias.

Bibliografia:

- American Academy of Pediatrics (2003), "Committee on Hospital Care – Family-centered care and the Pediatrician's role", *Pediatrics*, Elk Grove Village. 112:3 (September) 691-696
- Barros, L. (1999), *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*, Lisboa, Climepsi.
- Brazelton, T. B. (1993), *Cuidando de uma família em crise*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Costa, M. G. F. A. (2003), "Adolescentes diferentes? Uma perspectiva baseada no auto-conceito." in *Revista de Investigação em Enfermagem*, 7, 4–11.
- Curado, A.; Malheiro, I.; Gomes, M.; Videira, M.; Dias, P.; Gaspar, C.; Vaz, E. (2005), *Quando Dói...Dói mesmo...A Criança com Drepanocitose*, Trabalho de investigação divulgado no Congresso "Trauma Urgência Emergência", realizado nos dias 1 - 2 de Abril de 2005, Centro de Congressos de Lisboa.
- Jackson, Patricia L.; Vessey, Judith A. (2000), *Primary Care of the Child with Chronic Condition*, 3th Edition. USA, Mosby
- Macnab, A. J. et al. (2000), "Parent assesment of family-centered care practices in children's hospital", in *Children's Health Care*, New Jersey, 28:2 (Spring), pp 113-128.
- Sprinthall, N., & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (2.a ed.), Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Thies, Kathelen M.; Walsh, Mary E. (1999), "A developmental analysis of cognitive appraisal of stress in children and adolescents with chronic illness", in *Children's Health Care*, Vol. 28, 1, pp 15-32 <<http://search.epnet.com>>
- Torrado da Silva, A. (1998), *In Memoriam: Reflexões sobre a presença dos pais junto dos seus filhos hospitalizados*, Lisboa, Instituto de Apoio à Criança, pp. 76-82.
- Fritz, Gregory K., MD, Mattison, Richard E. MD, Nurcombe, Barry MD, and Spirito, Anthony Ph.D (1993), *Child and adolescent mental health consultation in hospitals, schools and courts*, Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 316 pp.
- Lask, Bryan and Fosson, Abe (1989) "Childhood illness. The psychosomatic approach." in *Wiley series in family psychology*, England, John Wiley and sons.
- Hayez, J-Y. (coll Le Fil Rouge) (1991), *Le psychiatre à l'hôpital des enfants*, Paris, PUF.
- Jolly, June (1985), "The other side of paediatrics", in the *new approach to care'series*. London, Macmillan education Ltd.
- Goodman, R. F. (2001), "Children with chronic illness: the interface of medicine and mental health" in *NYU child study center letter*, vol.5, no4, march/april.
- Krener Knapp P., Harris E. S. (1998), "Consultation-liaison in child psychiatry. Clinical findings." in *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 37: 17-25.
- Krener Knapp P., Harris E. S.: "Consultation-liaison in child psychiatry. Research on treatment approaches and outcomes." in *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 37: 139-146
- Funck-Brentano I., Costagliola D., Seibel N., Starub E., Tardieu M., Blanche S. (1997), "Patterns of disclosure and perception of the human immunodeficiency virus in infected elementary school-age children." in *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, vol 151, pp978-985.
- Fisher E. (1999), "Psychological issues in pediatric HIV/AIDS patients" in *Jacksonville Medicine*, disponível em www.tjila.com
- National pediatric and family HIV resource center (2001). Disponível em www.pedhivaids.org

* Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
Mestre em Educação Especial, Assistente de 2o Triénio,

Membro do Grupo de Apoio Técnico do Sector de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

** Pedopsiquiatra, Assistente Hospitalar,

Membro do Grupo Coordenador do Sector de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

9. Que Fazer com esta (Má) Notícia?

Pedro Caldeira da Silva*

O nascimento de um bebé com problemas desencadeia nos pais e familiares uma vasta gama de respostas emocionais, questões e preocupações.

As reacções à notícia são muito variadas e imprevisíveis, na medida em que cada pessoa / família é única na sua história e conjunto de valores que afectarão o modo como irão lidar com esta informação.

Podemos dizer no entanto que, de um modo geral, é de esperar um estado de choque, seguido de uma invasão de sentimentos de culpa, vergonha e incompetência, e que uma vivência depressiva se instale após a recepção da notícia, evidenciando o carácter traumático destes momentos.

Um traumatismo, como sabemos, implica um choque violento, inesperado, provocando uma lesão ou uma ameaça à integridade do corpo, com consequências imediatas sobre o funcionamento do organismo. Esta reacção é literalmente chamada “estado de choque” e é um conceito também usado no plano psíquico com as mesmas implicações.

Os profissionais dos serviços de neonatologia e cuidados intensivos neonatais são confrontados no seu trabalho com a necessidade de terem que ser os portadores de notícias traumáticas para as famílias.

Que fazer então com estas notícias? Serão estas notícias, ou este processo, traumáticos também para os profissionais? O que representam estes acontecimentos para os técnicos?

A situação paradigmática extrema é a dos casos em que há uma morte de um bebé, antes ou após o nascimento. Este acontecimento, além de chocar naturalmente os pais, perturba também, por vezes profundamente, os profissionais.

Nestas situações, além de se querer saber o que correu mal na gravidez ou parto, vivem-se sentimentos de frustração, impotência e culpabilidade, seguidos de um movimento elaborativo depressivo, ou de um movimento projectivo da culpabilidade sobre os pais, com repercussão negativa na relação com estes; torna-se então muito difícil também tolerar os movimentos projectivos dos pais, da sua própria culpabilidade, expressos sob a forma de hostilidade ou desconfiança.

Numa unidade de cuidados neonatais, quando há uma morte, serão os médicos que se sentem mais implicados e postos em cheque e atingidos no seu sentimento de dignidade e competência profissional. Como reacção, ou se afastam ou “pretendem” resolver tudo com conselhos destinados a tapar a tristeza e impedir o processo normal de luto.

São, no entanto, os enfermeiros, que se envolvem ao nível dos cuidados e das trocas afectivas com os recém-nascidos, que se sentem consequentemente mais atingidos a nível pessoal e podem sentir a morte de uma criança como se fosse sua.

Esta maior sensibilidade por parte dos enfermeiros pode ajudá-los a melhor compreender o que se passa com os pais. Mas, por outro lado, na medida em que uma maior proximidade com o bebé pode mais facilmente desencadear sentimentos de rivalidade, tornam-se também mais facilmente alvos de acusações e recriminações.

Desta injustiça aparente até à instalação de tensões no serviço entre médicos e enfermeiros, é apenas um pequeno passo.

A actividade profissional que implica contactos múltiplos e fugazes com pessoas em situação de carência ou de sofrimento está na base de um tipo de depressividade definido por Maslach como “Síndrome de burn-out”. Esta condição tem algumas características:

- Perda de sensibilidade nas relações inter-pessoais;
- Promoção de um estilo de relações impessoal;
- Irritabilidade;
- Problemas funcionais somáticos;
- Perda da criatividade;
- Absentismo;
- Necessidade imperiosa de mudar de trabalho.

Esta descrição, embora muito genérica, é certamente evocadora do estilo de vários profissionais que necessitam de se confrontar diariamente com este paradoxo da morte peri-natal, em que o fim chegou antes do começo.

Que fazer então com esta notícia?

Pode ser um bom pretexto para pedir ajuda... a um técnico de saúde mental.

Não para servir de mensageiro da desgraça mas, como elemento da equipa, que possa ajudar a encontrar um modo de actuação promotor da saúde e um sentido explicativo para as emoções postas em jogo.

Uma intervenção da saúde mental numa equipa de cuidados intensivos neonatais, pode, segundo Denise Defey, psicóloga uruguaia:

- Aumentar a sensibilidade às reacções e necessidades dos pais;
- Permitir aos técnicos relacionar-se com os pais de forma mais personalizada;
- Ajudar os técnicos a não interferir com o processo de luto, a evitarem lutos patológicos ou antecipados;
- Prevenir o nascimento de filhos de substituição ou funcionais;
- Favorecer a tomada de consciência dos próprios sentimentos e atitudes dos técnicos;
- Permitir a detecção precoce de factores de risco nos pais e motivá-los para o apoio especializado.

Quando o bebé apresenta problemas e sobrevive, a notícia pode também ter um carácter traumático, com as vivências de estado de choque, culpa, e tristeza, mas em que a ansiedade ligada à esperança (receio de perder/esperança de não perder) pode ter um papel central.

Nestes casos, ser portador de más notícias não é também uma tarefa isenta de problemas.

Há os casos em que as pessoas, por se encontrarem em choque, não têm possibilidade de absorver a informação que lhes é transmitida; e todos sabemos que por vezes é necessário repetir a informação e estar disponível para ouvir dúvidas repetidas e repetir respostas, na medida em que as pessoas são capazes de as entender e integrar.

Há situações em que pode haver um desajuste entre a avaliação do estado da criança feito pelos técnicos e aquela que é sentida pelos pais.

Este desajuste pode ser num plano de gravidade ou risco menor ou maior, em que os mecanismos de negação e clivagem dos pais podem fazer com que não pareçam inteirar-se da real gravidade de uma situação. Noutros, como refere Régis Brunod, pediatra e psiquiatra francês, há um desfasamento total entre a situação clínica (boa) e a ansiedade que, por exemplo, a prematuridade ligeira pode desencadear numa mãe. Isto pode ser particularmente desconcertante para um médico, que se preocupa justamente, na proporção ou em função do seu conhecimento do estado clínico da criança.



Que dizer a uma mãe num estado de angústia extrema face a um filho prematuro de oito meses, que está perfeitamente bem?

“Tem que se acalmar, está muito nervosa.”

“Esta é louca” ou, mais polidamente, “É frágil”.

Há que reconhecer que os referenciais dos pais não assentam necessariamente em quadros de conhecimento científico mais ou menos estruturado.

Muitas destas situações difíceis estão ligadas a sentimentos de culpabilidade enraizados em quadros referenciais em que intervêm factores da história pessoal e familiar, da cultura familiar, bem como mecanismos emocionais não conscientes.

Uma atitude de escuta empática, mais do que o afã do reassuramento, pode ser a chave para o desbloquear de ciclos viciosos que se instalam na relação, quer quando as coisas correm bem do ponto de vista físico quer quando nem por isso.

Uma palavra sobre o prognóstico.

Uma notícia, um diagnóstico, implica um prognóstico.

Podemos muitas vezes oscilar entre:

- O desejo do rigor, de “não enganar as famílias”, “não dar falsas esperanças” e
- O desejo de manter a esperança, manter as expectativas altas (eu por mim prefiro esta posição).

Ao dar-se uma notícia, inicia-se um caminho que deve representar um compromisso de continuidade de cuidados e de relação. As próprias famílias podem usá-lo como modelo de continuidade, interesse pela criança e optimismo, absolutamente essenciais para lhe proporcionar a melhor evolução possível.

A este propósito, e para terminar queria apenas fazer três referências:

- A primeira é a de uma leitura recomendada: António Martinez é escritor humorista do programa “Contra Informação” espanhol. O seu livro “Soy Júlia”, escrito na voz da sua filha Júlia de dois anos, lisencefálica (que, segundo algumas enciclopédias, como diz, não é qualificada como ser humano) é um testemunho, com um humor muitas vezes amargo mas sempre empático, da perspectiva da família como uma criança com graves problemas e que é uma lição de humildade para todos nós, técnicos.

- A segunda é uma citação de Stephen Jay Gould, no seu livro “The Mismeasure of Man”: “há poucas injustiças mais profundas do que a negação de uma oportunidade para vingar ou ter esperança através de um limite imposto pelo exterior, mas falsamente identificado como tendo origem no interior” e que se refere à frustração sentida pela grande maioria dos pais e técnicos que trabalham com bebés e crianças pequenas com problemas, quanto aos instrumentos usados na avaliação do seu desenvolvimento. Continua a ser importante insistir na mudança do paradigma da avaliação do desenvolvimento baseada na identificação do defeito e incapacidade, para um paradigma da identificação das competências e das condições necessárias para que a criança as utilize melhor e quais são as suas competências.

- E finalmente, contrariando o espírito “Tem que se conformar”, uma frase que é título do livro do professor Reuven Feuerstein sobre o seu trabalho com crianças deficientes: “Não me aceites como eu sou”.

10. As Crianças também Morrem...

Carmo Vale*

*Death is that to which, or
in which, there is birth:
Once again, exposure to the limit*

Jean-Luc Nancy
The Experience of Freedom

1. A Morte como conceito filosófico

O que é a morte? Será possível falar da morte?

Qual o seu significado actual nas sociedades contemporâneas?

Acontecimento solitário e determinista na vida humana, perturba a estabilidade de um dado mundo ficcional e desencadeia momentos de ambivalência, ruptura e vulnerabilidade: facto incontornável da vida, suscita angústia, ansiedade, frustração, impotência.

A morte é a realidade imanente, à qual se deve e na qual está inscrita a vida, porque tudo o que nasce morre e tudo o que morre nasceu (embora não necessariamente viveu) e a consciência da morte, na condição humana, é inerente à percepção do tempo e espaço porque é neles que a morte acontece.

O par categorial vida/morte tem sido exaustivamente tratado na filosofia e literatura mas, paradoxalmente, é abordada não a finitude da vida, mas sim a imanência e transcendência da morte no horizonte temporal do homem, inquietando-o e desassossegando-o o fim da sua existência ou, no homem com vida espiritual, aquietando-o a possibilidade de vida para além da morte.

Alguns filósofos afirmam que sem a morte não haveria filosofia. Outros que sem morte não existiria nada: é ela que dá significado à vida. Savater afirma mesmo que "...a experiência da morte não só deixa qualquer um pensativo, como o torna pensador".

Filipe Ariès defende a aceitação da morte como facto incontornável e estruturante da vida, essencial à reciprocidade harmoniosa entre a vida e a morte.

Montaigne afirma que filosofar é aprender a morrer e Heidegger, ao defini-la como a possibilidade da impossibilidade, escreveu que toda a forma de vida significa existir para a morte, sendo imperativo ponderá-la para atingir a plenitude da vida .

Nietzsche, ao negar a moral cristã e defender a fé na razão humana, corporiza o pensamento niilista e afirma que a filosofia deve ajudar a aprender a enfrentar a morte. A filosofia niilista diz como morrer esta morte, a minha morte, sabendo que nada há para além dela.

Finalmente a morte como possibilidade ou impossibilidade no fugaz horizonte da temporalidade traduz o nosso surreal sentido de (i)mortalidade, de remota vivência da nossa finitude na morte do Outro e que Lévinas reinterpreta ao afirmar "A morte é a impossibilidade da possibilidade".

É difícil pensar a morte, imaginar e aceitar a nossa própria passagem, mas recusá-la é recusar a vida, tal e qual ela é: ter medo da morte é ter medo da vida.

Experiência transmitida pela vivência na morte de Outrem, quanto mais a discutimos, mais a recusamos e idealizamos, num exercício inútil de pretensa aceitação: a relação com a morte ultrapassa a possibilidade de experiência e a experiência da possibilidade.

2. A Morte como Conceito Bio-tecnológico

Por vezes, o conceito de santidade da vida humana associa-se à ideia de que a vida humana é de tal forma valiosa que deve ser preservada a todo o custo, em quaisquer circunstâncias e por tanto tempo quanto possível.

A morte gera no ser humano estados de confusão e angústia de antecipação, tornando-se importante reflecti-la, separá-la do imaginário,

em suma, desmistificá-la para um estágio evolutivo natural da vida.

Até meados do séc. XX, a grande maioria dos problemas decorrentes da actividade clínica era resolvida com base na deontologia profissional, em princípios de inspiração hipocrática e algumas virtudes básicas como a compaixão e o desinteresse.

O acelerado desenvolvimento bio-tecnológico verificado nas últimas décadas, condicionou poder para controlar muitas funções biológicas, capacitando o médico para adiar a morte.

À medida que a Ciência transferiu para o homem poderes, antes reservados à fatalidade da natureza, no que respeita ao nascer, viver e morrer, o médico tem-se questionado se tem autoridade para os aplicar, capacidade para adequar o seu conhecimento e saber à realidade actual compatibilizar virtude, liberdade, autonomia, dignidade e beneficência / maleficência.

Sendo a Medicina uma profissão / ciência / arte praticada em circunstâncias trágicas, onde todos os homens morrem e a maior parte sofre antes de morrer, o médico é frequentemente confrontado com dilemas e escolhas, em que nem todos os direitos são contemplados, seguramente nem todos os objectivos realizados e onde uma definitiva e bem balanceada hierarquia de valores e direitos não pode ser estabelecida com rigor.

A história da morte “natural” é também a da “medicalização da morte” e a da “luta contra a morte”, oscilando entre a transcendência e espiritualidade, o (im)ponderável e (in)controlável.

Atendendo aos considerandos anteriores, o homem tende, por vezes, a posicionar-se de forma narcísica relativamente à ciência, julgando-se o criador daquilo que descobriu, à beira da imortalidade perseguida desde tempos imemoriais.

Contudo, do ponto de vista biológico, (salvo em caso de acidente) a morte raramente acontece sem prevenir e nem sempre é lícito ceder à tentação de impedi-la ou adiá-la.

O provérbio médico “curar algumas vezes, aliviar ocasionalmente, confortar sempre” traduz de algum modo esta experiência trágica, para além da moral e transcendência, sem aplauso ou consenso.

3. Sobre A Morte e o Morrer Em Pediatria

Em Pediatria, pelo motivo referido e pelo estatuto de grande investimento afectivo e social da criança nas sociedades contemporâneas, a morte é muitas vezes recusada e sentida de forma inconformista, como um ilogismo da natureza e uma falência técnica de difícil aceitação e consenso.

Contudo, a partir do momento em que nasce uma criança, a sua morte é uma condição de possibilidade.

Naturalmente, em crianças, a morte é acrescidamente difícil de aceitar pelo ilogismo biológico, pela inversão do curso natural da vida em que devem ser os mais novos a assistir à morte dos mais velhos.

É essa a razão pela qual é precisamente na área da Pediatria que existe risco acrescido de excessivo investimento terapêutico, porque sendo a criança mais vulnerável e sem experiência de vida, reúne as características susceptíveis de levar à recusa da morte que neste contexto se afigura inaceitável, cruel e trágica.

Daí os dilemas, incertezas e angústias vividos pelos profissionais de saúde nas unidades de cuidados de saúde que lidam diariamente com a criança portadora de doença crónica ou doença aguda grave.

A comunicação entre o médico e a família da criança relativamente ao diagnóstico e prognóstico da patologia em causa é fulcral para o cumprimento das regras deontológicas inerentes à relação médico-doente e pode amenizar, por um lado, a tragédia de um diagnóstico de prognóstico reservado e, por outro, reforçar a relação fiduciária médico-família-doente que constitui uma mais valia na aliança terapêutica, ou seja, a “libido curandi” a estabelecer entre os interessados.

Aliviar ocasionalmente, confortar sempre, e sobretudo informar as famílias e acompanhar as crianças com patologia irreversível (compromisso de estar, de escutar, de atender, de ajudar, de lealdade), é a missão prioritária de **médicos e enfermeiros** que têm que ultrapassar as próprias fragilidades e preconceitos em relação à finitude e morte, por forma a permanecerem firmes e solidários ao lado do criança no momento mais solitário da sua vida – a morte.

Compreende-se que neste difícil encontro com Outrém, na deliberada ajuda a quem sofre, na luta contra a doença na intimidade do triângulo hipocrático – médico, doente e doença – a morte represente a falência profissional a evitar a todo o custo (por vezes apenas para não acontecer connosco, no nosso turno, na nossa vela, na nossa presença... para não vivermos a nossa própria morte na morte do

Outro, a frustração, a sensação de derrota e de não ter feito a diferença...).

A decisão de não intervir do ponto de vista terapêutico constitui, ela própria, uma forma de tratamento, que visa evitar o sofrimento inútil ou o prolongamento de vida à custa de uma relação custos-benefícios desequilibrada e excessivamente pesada para o doente, família e sociedade.

Contudo, é imperativo ponderar a calibração entre **acção e omissão**: as duas implicam conhecimento, sabedoria e responsabilidade profissional ético-deontológica.

A tecnologia não é a panaceia infalível para a doença grave e muito menos em fase terminal: o homem e mais paradoxalmente a criança (em fase inicial de vida, verdadeiro projecto de vida e de continuidade do homem) são seres finitos, quer o aceitemos ou não.

O homem tem de curvar-se à sua vulnerabilidade, perante a inexorabilidade da natureza, mesmo quando ela surge em idades precoces, interiorizando que por mais conhecimento e avanços tecnológicos por si conseguidos, a condição humana jamais se dobrará à sua sagacidade.

Assim, urge criar unidades de cuidados paliativos para crianças e jovens, em que seja prioritário ajudar à passagem de doentes em fase terminal, sem negligenciar a assistência médica, de enfermagem e o conforto físico e espiritual.

Não possuindo o nosso país um sistema de cuidados paliativos, os hospitais têm, por enquanto e na maior parte dos casos, de desempenhar mais essa difícil tarefa, a não atribuir às Unidades de Cuidados Intensivos.

Isto porque, sendo unidades com tecnologia sofisticada, as mães, cujos filhos morrem nos hospitais e, sobretudo nas unidades de cuidados intensivos, não podem abraçá-los (por causa dos soros, monitores, cateteres, sondas e toda a parafernália de tecnologia que impede o contacto físico e o conforto do regaço materno), conformando-se a embalá-los no berço do seu olhar. A criança, essa, não conseguindo visualizar o rosto parental (escondido atrás da máscara), privada da carícia (pelo risco de infecção), isolada e prisioneira do sofrimento, olha-nos com angústia e incredulidade.

É necessário compreender esta forma de olhar consumido nos regaços vazios e no desespero da espera que paira entre a vida e a morte e convidá-lo à confiança e extroversão. Para que a incredulidade e revolta dêem lugar à aceitação do irremediável e para que a angústia se atenuar com a disponibilidade dos profissionais de saúde para ouvir e confortar.

Não se dignifica a morte sem se elevar a vida e não se está na Medicina para abandonar os doentes e, por isso, estes devem morrer no local onde estejam reunidos os melhores recursos humanos e técnicos, o que não significa necessariamente a transferência para sofisticadas unidades de cuidados intensivos.

Nos casos terminais, a morte da criança deveria desejavelmente ocorrer no domicílio, difícil de implementar na prática, ou no conforto da enfermaria onde melhor conhece enfermeiros, médicos ou outros prestadores de cuidados, com os quais estabeleceu anteriormente uma relação de empatia e confiança.

Para isso, é necessário pugnar por condições de privacidade e conforto nas enfermarias hospitalares, bem como por recursos humanos disponíveis e preparados para assistir estes doentes e famílias em tão difícil momento.

Por outro lado, os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros devem aceitar a morte como uma experiência íntima, inultrapassável e transcendente que lhes cumpre, nalguns casos, assistir, amenizando a dor e sofrimento.

Existe uma boa morte? Responda quem souber.

Mas haverá certamente lugar para famílias abnegadas e afectivamente coesas que desejem acompanhar os entes queridos, apoiados por profissionais motivados, competentes e preparados para ajudarem os doentes a “viverem e passarem” a sua morte.

Será certamente mais serena a morte de uma criança no meio da família e de tudo o que particularmente amou, relembrando momentos felizes e marcantes da vida, expressando afectos por todos quantos a amaram e ajudaram a crescer, num fluir de sentimentos e emoções partilhadas.

Para os pais, a morte de um filho será sempre uma ferida que jamais cicatrizará, mas os momentos finais recordados na intimidade dos afectos permanecerão na memória, confortantes e apaziguadores.

Assim, saiba a sociedade corresponder aos imperativos de uma rede assistencial de cuidados continuados de saúde e de cuidados paliativos, concretizando este legítimo direito da criança, jovem e famílias.

Bibliografia:

- Ducluzeau, F. (1998), « Le droit à Mourir dans la Dignité » in La Mort dans tous ses États, Paris, Editions Dervy, 69-104.
- Vale, M.C. (2001), "A Morte em Pediatria" in A Ética em Pediatria. Reflexões sobre Autonomia. Dissertação para o Mestrado em Bioética, • Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cassell, E.J. (1991), "Treating the Disease, The Body, or The Patient" in The Nature of Suffering, Oxford, Oxford University Press, 115-137.
- Cassell, E.J. (1991), "The Nature of Suffering" in The Nature of Suffering, Oxford, Oxford University Press, 30-47.
- Bronden, E., Death, A. (2000) "Preface" in The Limits of Death. Manchester, Manchester University Press, Xv-xxiv.
- Critchley, S. (2000), "To Die Laughing" in The Limits of Death. Manchester, Manchester University Press, 1-21.
- Richman, K. A. (2004), "Talking to Patients, Training Physicians" in Ethics and Metaphysics of Medicine: Reflections on Ethics and Medicine, • Cambridge, The MIT Press, 157-180.
- Boff, L. (2002), "Natureza do Cuidado" in Saber Cuidar, Petrópolis, Editora Vozes, 89-106.
- The BMA's Handbook of Ethics and Law. Medical Ethics Today. London 2004. BMJ Publishing Group; 351-84.
- Vale, MC. (2000) Ética e Mortalidade in Acta Pediátrica Portuguesa, 31(2):97-99.
- Almeida, F. NAS. (2004), "A Morte" in Ética em Pediatria: Uma Nova Dinâmica num Relacionamento Vital?, Tese de Doutoramento da Faculdade de Medicina do Porto, Porto, MEDSA – Edições e Divulgações Científicas, Lda, 89-91.

* Assistente Hospitalar Graduada, Coordenadora do Centro de Desenvolvimento, Presidente da Comissão de Ética do Hospital Dona Estefânea



11. As Necessidades dos Adolescentes no Hospital

Georgina Maia*

Pediram-me para escrever sobre as necessidades dos adolescentes no hospital, centradas no internamento hospitalar. Ao procurar a inspiração, lembrei-me de mim quando adolescente de 17 anos de idade tive de ficar internada, durante oito dias, numa clínica em Andorra, sem amigos e sem família. É sempre com um sorriso que recorro a este episódio. Questionei-me sobre qual seria o motivo por que uma situação triste (perdi o resto da viagem de finalistas), acabou por ter uma tonalidade afectiva positiva. E concluí que tal se devia a ter feito amigos: uma senhora inglesa - que, como é costume naquelas andanças, fracturara o fémur e, sendo eu a única doente que falava inglês, puseram a partilhar o meu quarto - e um rapaz catalão, de oito anos, também internado, com quem passava a tarde a jogar às cartas, juntando-se a nós o seu irmão adolescente (o que tornava a situação ainda mais interessante). A amizade com a senhora inglesa continua pelos dias de hoje. Do rapaz e sua família, guardo, de certeza, a boa imagem que tenho dos catalães e o conhecimento de algumas palavras do catalão.

Realmente, fazer **amizades** parece ser a principal necessidade dos adolescentes, independentemente de ter ou não um espaço próprio para eles no hospital. É o que os faz sentir como sendo capazes de se autonomizarem da família, de terem prazer noutras relações sociais, de consolidarem a sua identidade.

Possibilitar aos adolescentes internados o contacto com os amigos pode fazer-se de vários modos:

- alargamento do horário de visitas;
- possibilidade de comunicar pela Internet;
- se internamentos prolongados, possibilidade de poder organizar convites para os amigos e ter actividades para realizar com eles. O "site" "TeensHealth" chamou a isto "Have a party at your place".
- ter uma sala de convívio com música, jogos, revistas diversas;
- possibilidade de os técnicos organizarem grupos de adolescentes para poderem conversar entre si e expor quais as circunstâncias que lhes estão a ser desagradáveis, podendo apresentar sugestões para as modificar.

Muitos hospitais se têm preocupado em adaptar o internamento aos adolescentes. Contaram-me que no Hospital de D. Estefânia realizaram um inquérito a adolescentes internados colocando-lhes questões relativas ao internamento. Da conversa que tive sobre as suas respostas, recorro que mencionaram o seu desejo de privacidade, de os amigos os poderem ir visitar em horário alargado, de poderem falar com outros adolescentes, de que gostariam de ter um espaço reservado para adolescentes porque se sentiam incomodados com o choro dos bebés, de poderem telefonar e receber telefonemas com facilidade (esta situação está muito resolvida hoje com o uso generalizado do telemóvel).

Costuma-se dizer que "os adolescente já não são crianças e ainda não são adultos" defendendo a **existência de unidades de internamento para adolescentes**. Como Pedopsiquiatra, concordo com esta opção pois verifiquei que alguns dos quadros clínicos pedopsiquiátricos de adolescentes são muito complicados de tratar em internamentos com crianças mais jovens e que, quando integrados em internamentos de Psiquiatria de Adultos, também se tornavam muito difíceis. A primeira situação confronta-os também com os seus desejos regressivos - o desejo de continuar a ser criança e permanecer na dependência dos pais - e a segunda com a certeza de um envelhecer, com a morte, com dúvidas sobre que adultos irão ser e se ficarão doentes como aqueles que eles ali observam. Ter uma ala, mesmo pequena, para adolescentes pode por vezes ajudar a esta separação e possibilitar a existência de um espaço independente, decorado com temas mais adequados aos adolescentes. Lembro-me de um hospital pediátrico em Londres onde os corredores e paredes da ala destinada a adolescentes se encontravam pintados com temas de basquetebol. Uma outra em Denver onde a organizaram de forma a parecer uma nave espacial.

Esta necessidade enquadra-se na construção da identidade, à qual se acrescenta a da **privacidade**. Privacidade do corpo, privacidade para se poder pensar no que se quiser e se falar quando se quer fazê-lo. Em relação ao corpo, se é sempre importante respeitar o pudor tenha que idade se tiver, aqui isso é ainda mais premente. Ao efectuar a observação ou tratamentos, sempre que possível, devemos realizá-los

descobrimo apenas a parte do corpo indispensável para tal. Este corpo em transformação ou já transformado em homem ou mulher ainda desperta nos adolescentes sentimentos estranhos em relação à sexualidade – o impulso de desejar e a vontade de ser desejado, enfrentar a inquietação em relação ao modo como se vêem e os outros os vêem e como irão lidar com estas circunstâncias. O mundo interior pode ser sentido como estranho e inquietante.

Outra necessidade do adolescente é a **informação** sobre o hospital onde vai ficar, a equipa técnica, quais as regras que terá de cumprir, exames e tratamentos que vai realizar.

Pretende-se que um internamento não constitua uma rotura do desenvolvimento psicossocial do adolescente e preocupamo-nos com a socialização. Desta, a vertente educacional é também essencial. Poder **prosseguir o curso do ano lectivo** de modo a não o reprovar e permanecer com colegas da sua idade ajudará a diminuir o impacto negativo do internamento e satisfazer a necessidade de afirmação e de identidade. Por isso, estas unidades deveriam dispôr da colaboração de professores para cumprir esta tarefa.

Os pais ficarem a pernoitar no hospital pode ser algo que os adolescentes já não desejem e pode conversar-se com eles e a família sobre esta possibilidade.

Por último, a necessidade de poder **dispor de médicos e enfermeiros com qualificação para trabalhar com adolescentes**, para melhor perceberem quais as suas angústias, tristezas, zangas mas igualmente para saberem ser firmes e utilizarem adequadamente a autoridade quando tal é essencial.

IDENTIDADE – AUTONOMIA – SEXUALIDADE

São estas três palavras que traduzem as aquisições essenciais do desenvolvimento psicossocial a ser realizadas durante a adolescência. A hospitalização de um adolescente exige que nos lembremos destas palavras e o possamos ajudar no caminho para a sua concretização.

* Directora de Serviço Hospitalar

12. Meninos do Mar

Júlia Eça*

“... Pôs-me numa rocha na maré vazia e o polvo, o caranguejo e o peixe tomaram conta de mim. O polvo arruma a casa, alisa a areia, vai buscar comida. ... Mas o costureiro dos meus vestidos é o caranguejo. ... O peixe não faz nada porque não tem mãos, nem braços com ventosas como o polvo, nem braços com tenazes como o caranguejo. Só tem barbatanas e as barbatanas só servem para nadar. Mas é o meu melhor amigo. Como não tem braços nunca me põe de castigo. É com ele que eu brinco. Quando a maré está vazia brincamos nas rochas, quando esta maré está alta damos passeios no fundo do mar...” (1)

Sophia de Mello Breyner Andresen

O pequeno excerto acima transcrito evoca-nos, por mão de mestre da literatura infantil, as múltiplas áreas a que é necessário atender para a promoção de um adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

A evolução social em Portugal, ainda com sensível desfasamento do contexto europeu de referência mas com evidentes melhorias recentes na situação sócio-económico-cultural da população (2), tem levado a um esforço de toda a comunidade no sentido de promover as melhores condições de vida para a nossa população infantil.

Sempre existiu a consciência pública de que uma grande percentagem das crianças é negligenciada ou maltratada. Ramalho Ortigão, em Dezembro de 1881 n' As Farpas, critica o modo como a sociedade portuguesa ignora e maltrata as crianças:

“Do Natal e das festas das crianças... na presente festa de Natal, assim como em todas as demais festas do Natal celebradas em Lisboa, o número das que recebem presentes é extremamente inferior ao número das crianças que recebem unicamente pancada.

Por cada três pequenos que riem temos pelo menos vinte que choram pela consoada.

As crianças não têm em Lisboa um só, um único dos mil divertimentos infantis que enchem os grandes jardins de todas as cidades civilizadas...” (3)

A responsabilização da Sociedade, e conseqüentemente do Estado, na defesa dos direitos da criança tem como marcos históricos a “Declaração de Genebra” (1934), a “Convenção dos Direitos da Criança” (1989) e a “Carta Europeia dos Direitos da Criança” (1992). O Estado Português ratifica a Convenção dos Direitos da Criança em 1990 e promove legislação própria, de que é exemplo a “Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo” de 1 de Setembro de 1999.

Está pois assegurada a necessária cobertura legal que superintende e coordena as intervenções essenciais à promoção do bem-estar infantil.

Basta, não obstante, seleccionar dois indicadores nacionais – o consumo de álcool e drogas ilícitas (4), em que estamos nos lugares cimeiros da Europa, e o número de menores acompanhados pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (5) (cerca de 22 mil menores em 2003, o que corresponde a 1.08% da população com menos de 19 anos residente no País (6) - para verificarmos o quão ilusória é a aparente segurança induzida por um sistema legislativo adequado.

O eco de tragédias recentes, em que a negligência e o maltrato infantil culminam em situações de homicídio, na maior parte das vezes imputado aos progenitores ou parentes próximos, deve permanecer soando como alerta vigilante: impõe-se ainda a maior atenção à vulnerabilidade infantil subjacente a situações de graves carências sócio-económico-culturais, disfunções familiares e/ou patologia psiquiátrica dos familiares.

A realidade sentida no dia a dia de prática hospitalar pediátrica é consequência directa desta situação. Aumenta o número de referências

pela comunidade: o pequeno lactente que nos é trazido pela educadora dada a presença de hematomas faciais e irritabilidade, a criança em idade escolar na qual a professora questiona os deficientes cuidados higiénicos associados a alterações comportamentais, o adolescente portador de doença crónica com descompensações frequentes no período de escolaridade. Como se vão somando também certas situações diagnosticadas no exercício da actividade clínica: a fractura ou queimadura mal explicada, a falta de adesão ao tratamento prescrito no jovem com doença crónica, o atraso de crescimento e/ou as carências nutricionais observadas na primeira infância.

Após a colocação da suspeita clínica, inicia-se um longo caminho a percorrer. Se a situação é urgente, é imperioso o internamento da criança ou jovem. Este internamento, nova agressão à criança, terá que ser necessariamente o mais curto possível. Mas deverá prolongar-se pelo tempo indispensável ao diagnóstico clínico, psicológico e social que permita, utilizando os meios existentes numa instituição hospitalar, a referência à instituição de protecção - Segurança Social da área de residência, Comissão de Protecção de Menores e Jovens em Perigo ou Tribunal de Família e Menores - considerada indicada no caso em apreço.

Após esta comunicação, mais um período de espera se nos depara: a situação foi detectada, o diagnóstico realizado, a decisão tomada... **mas** a resposta de apoio local é escassa, o apoio à família, as instituições de guarda diurna ou de acolhimento temporário são insuficientes.

Urge que aqueles que nos governam saibam honrar os compromissos assumidos em hora de promessas ou celebrações festivas - é fundamental que se efective a coordenação entre as estruturas existentes, que as Comissões de Protecção sejam profissionalizadas, que o ensino pré-escolar se universalize, que o Ministério Público assuma o seu papel de protector, que o Serviço Nacional de Saúde promova a saúde escolar, que se apliquem medidas adequadas de apoio às crianças e jovens com necessidades educativas especiais.

Abordámos até agora situações em que a negligência e o mau trato são já uma realidade e a intervenção é direccionada para a quebra do ciclo, diminuição e tratamento das consequências e profilaxia de eventuais recidivas.

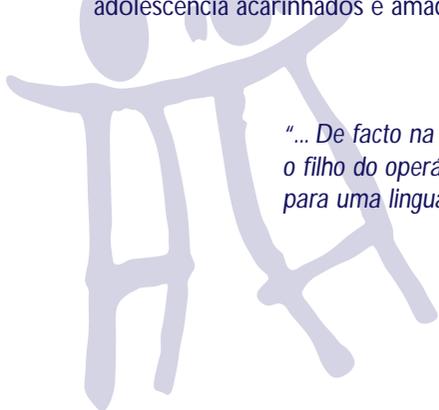
Contudo, a **prevenção** tem que se constituir como o objectivo prioritário de qualquer principio orientador e planeamento de acção nesta matéria.

Há que considerar o favorecimento de laços afectivos familiares como a principal imunização contra este tipo de patologias. A adopção do conceito da família como núcleo estrutural da sociedade permitirá a responsabilização política na definição de estratégias sociais que a promovam e apoiem.

O apoio a situações consideradas de risco - e não nos limitamos aqui às tradicionais definições (famílias carenciadas, disfuncionais, adictas) mas temos em conta igualmente certos casos, em que, por exemplo, a presença de crianças com necessidades especiais ou com alterações comportamentais graves pode gerar disfuncionalidade - deverá ser considerado como uma emergência para os serviços de atendimento. A evolução do conhecimento científico sobre o desenvolvimento infantil permite-nos salientar a necessidade de prosseguir na melhoria das condições de guarda e educação das crianças. Só com um adequado acompanhamento será possível a promoção da resiliência infantil.

Seja-nos permitido terminar, tal como começámos, citando Sophia de Mello Breyner Andresen, num passo em que focaliza, de modo preciso e profundo, a necessidade de mudança cultural na sociedade portuguesa... para que todos os mais novos vivam a infância e a adolescência acarinhados e amados como meninos do mar:

"... De facto na sociedade em que vivemos, o operário e o professor universitário, normalmente não lêem os mesmos livros. Mas o filho do operário e o filho do professor universitário podem ler os mesmos livros. E assim se poderá criar um ponto de partida para uma linguagem cultural comum." (7)



Bibliografia:

- (1) Andresen, S. M. B. (1984), *A Menina do Mar*, Porto, Figueirinhas.
- (2) Barreto, A. (1996), *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- (3) Pires, M. L. B. (s/d), *História da Literatura Infantil Portuguesa*, Lisboa, Editorial Veja.
- (4) Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde (2002), *Ganhos de Saúde em Portugal. Ponto de Situação. Relatório de 2001 do (...)*. 2.a ed., revista, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- (5) Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2000), *Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Menores em 1999*, Lisboa, IDS.
- (6) "Sociedade", in *Público*, Lisboa: 1 de Junho de 2005.
- (7) Costa, S. M. (1980), *Inquérito ao Livro Infantil*, Mem Martins, s/n.

* Médica Pediatra, Assistente Hospitalar,
Professora na Faculdade de Medicina do Porto,
Coordenadora do PAFAC,

Membro do Conselho Consultivo do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

IV. Hospital e Sociedade

1. Ser Mais...

Marta Mello Breyner*

Ser mais... é o lema da GlaxoSmithKline nos projectos de parceria com a comunidade.

Ao longo dos últimos dez anos, tem-se assistido a uma mudança nas Organizações que visa o envolvimento e adopção de políticas de responsabilidade social dentro das mesmas, com o desenvolvimento de programas de apoio à comunidade, no campo da cultura, do desporto, da saúde, e ainda, com uma intervenção mais directa e participativa nas instituições não governamentais.

Esta é uma área em franco desenvolvimento e progressão em Portugal, com empresas já muito vocacionadas para a cidadania empresarial, quer a nível internacional quer a nível nacional.

Para dar início a uma política de cidadania empresarial e responsabilidade social, há que utilizar duas vertentes fundamentais para a implementação daquela estratégia. É necessário CRER e QUERER. Quem acredita na mais valia desta estratégia logicamente QUER implementá-la, pois cedo irá colher os seus frutos. O envolvimento dos Conselhos de Administração nesta área é fundamental e só assim tornará exequível todas as acções delineadas para o futuro. Este envolvimento irá tornar-se numa “cascata” por toda a Empresa, envolvendo o património humano e os familiares.

Na GlaxoSmithKline, desde 1996 que adoptámos uma política interna e externa de responsabilidade social. Davam-se os primeiros passos na Europa nesta vertente e em Portugal soubemos desde logo dar prioridade a esta nossa visão. Olhámos sempre para a nossa estratégia de responsabilidade social como um investimento e nunca como um custo. Delineámos programas internos de voluntariado que envolveram os nossos colaboradores e familiares nas diversas acções que fomos desenvolvendo. Rapidamente verificámos que estas acções de voluntariado funcionavam como autênticos “outdoors” - ou seja, adquiriu-se um forte espírito de equipa e uma enorme cumplicidade social entre todos.

Estando vocacionados para o sector da saúde, logicamente, investimos os nossos recursos nesta vertente, com especial atenção em programas no âmbito da humanização dos cuidados de saúde.

O Projecto Saúde Brincando, em parceria com o Rotary Club, foi o primeiro passo para concretizar esta nossa ambição. Este projecto consistia na animação dos espaços da pediatria hospitalar, tendo as crianças hospitalizadas como principais destinatários e consequentemente os familiares e os profissionais de saúde.

Este foi um projecto que abrangeu mais de 18 hospitais e contava com visitas mensais de artistas infantis que se deslocavam aos serviços de pediatria.

Rapidamente nos apercebemos que esta iniciativa não poderia parar e que era necessário introduzir novas ferramentas para que o projecto crescesse qualitativamente. Em 2001, surge a parceria com a Operação Nariz Vermelho, uma Associação sem fins lucrativos, com uma equipa de 3 palhaços especializados nos “cuidados de saúde” de crianças hospitalizadas. Esta equipa visitava semanalmente os serviços de pediatria de 4 hospitais de Lisboa (Hospital Santa Maria, IPO Lisboa, Hospital São Francisco Xavier e Hospital Dona Estefânea).

Actualmente, a equipa da Operação Nariz Vermelho conta com 8 palhaços que visitam 2 vezes por semana os hospitais acima referidos bem como o Hospital Garcia de Orta em Almada e o Hospital Pediátrico de Coimbra, tendo sido “tratadas” mais de 28.000 crianças durante o último ano. Durante as visitas, os voluntários da GlaxoSmithKline acompanham os “doutores palhaços” nas consultas semanais.

A GlaxoSmithKline assinou em 2004 um protocolo de parceria por mais 3 anos com a Associação Nariz Vermelho, no valor de 300.000 euros, tendo recebido a designação de “Parceiro Para a Vida”. A GlaxoSmithKline está ainda a consolidar parcerias com outras entidades privadas para estender o projecto a todos os serviços de pediatria do país.

Ainda relativamente à Operação Nariz Vermelho, a GlaxoSmithKline e a associação Nariz Vermelho solicitaram à Ordem dos Médicos uma certificação do “interesse terapêutico” deste projecto junto do público hospitalar. Foi com enorme agrado que recebemos um parecer favorável por parte do Exmo. Senhor Bastonário, Prof. Pedro Nunes, bem como dos representantes dos Colégios de Pediatria e Pedopsiquiatria da Ordem dos Médicos.

A Bata Branca e o Projecto Embaixador

Este projecto conta com o envolvimento total da GlaxoSmithKline e consiste na produção de túnica hospitalares para os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares). O objectivo é quebrar o “ruído” associado à bata branca, tão causadora de medos e ansiedade, substituindo-a por túnica coloridas e com motivos dedicados à criança e ao adolescente. Cada hospital tem a sua própria imagem e os direitos pertencem exclusivamente aos respectivos serviços de pediatria. No total, foram já distribuídas mais de 5000 batas pelos seguintes hospitais: Hospital Santa Maria, Hospital Garcia de Orta, Hospital Amadora Sintra, Hospital de Cascais, Hospital de Santarém e Hospital do Divino Espírito Santo nos Açores.

Para 2006 iremos incluir mais 3 hospitais com a distribuição de mais 1500 túnica.

O Projecto Embaixador, agregado ao da bata branca, pretende sensibilizar a comunidade empresarial para as questões de cidadania empresarial. Assim, cada unidade hospitalar que adoptou as túnica pediátricas envolveu as empresas adjacentes, tendo-as nomeado “embaixadoras” do serviço de Pediatria. Os embaixadores recebem uma carta de direitos e deveres que assinam durante o evento de lançamento. Assim sendo, torna-se mais fácil para as empresas e para os serviços hospitalares o desenvolvimento de iniciativas e projectos comuns em prole da comunidade.

Muito haveria que escrever sobre este assunto e o envolvimento da GlaxoSmithKline. Tratando-se aqui de um guia de acolhimento para a criança hospitalizada, deixo o final para uma história real e bonita.

“Era uma vez um menino que tinha uma doença muito má (tal como ele a descrevia) e passava muito, mas muito tempo, no hospital. Um dia, quando já estava um pouco melhor, foi convidado para ir ao circo com os outros meninos e familiares daquele serviço. Foi um dia inesquecível... Era a primeira vez em muitos meses que tinha sido libertado das paredes do hospital.”

FIM

Dois anos volvidos sobre esta ida ao circo, dou de caras com o “Carlitos” no Hospital, e quando me viu, olhou-me nos olhos e apontando para o logotipo da GlaxoSmithKline, referiu:

- Olá! Tu és do circo! prontamente respondi que não era do circo e interroguei-me qual seria a razão da ligação que ele fazia com o logo GSK e o circo. Trabalhando eu na área de comunicação, cheguei a ficar preocupada com aquela confusão.

Mas o garoto continuava a insistir que eu pertencia a uma Companhia de Circo. De repente, olha-me frontalmente e diz-me :

- Olha lá! Tu não te lembras que eu fui ao circo contigo? E também fui com esta Companhia (apontava o dedo novamente para o logotipo)!

Prontamente sorri e fiquei feliz com aquela declaração e sobretudo com a associação de ideias. O “Carlitos” estava a fazer uma ligação à empresa, relativamente a um momento feliz que teve cuja iniciativa era patrocinada pela GSK.

Aí... concluí: este é o retorno que temos com as nossas acções e com o nosso envolvimento com a comunidade, e é um retorno que não tem preço! Por tudo isto, todos nós na GlaxoSmithKline temos a profunda convicção de que estes projectos são uma grande mais valia para a empresa, para os profissionais que nela trabalham e, logicamente, para a comunidade em geral.

* Assessora de Comunicação
GlaxoSmithKline - Portugal



2. Animação Cultural no Hospital – Parceiros ou Concorrentes

Ana Jorge*

O tempo em que o hospital era uma instituição fechada pertence ao passado mas não tão distante. Hoje ainda, alguns pensam que quem lá trabalha é indiferente às emoções e ao sentir dos outros.

O mundo da cultura e da saúde são dois mundos muito diferentes e por vezes difíceis de tocarem-se.

Ainda há pouco tempo a propósito de uma ida de músicos a um hospital se ouviu um comentário de um utente: “está tudo louco, agora até músicos trazem para o hospital”. Em contrapartida, há quem espere e marque alguns tratamentos em dias que sabe que vai ter a visita dos palhaços ou dos músicos.

Sendo comprovado que a promoção de vivências que permitam à criança continuar a poder ser criança enquanto está no hospital vai contribuir para a diminuição dos efeitos do internamento, estamos a proporcionar uma melhor qualidade de vida e a tornar o olhar sobre a criança no hospital mais humanizado.

Um hospital é uma instituição com inúmeras capacidades, com recursos humanos dotados de um potencial de criatividade que importa dinamizar para melhorar a vida da criança, tendo presente os direitos consignados na Carta da Criança Hospitalizada (EACH, 1988).

Contribuir para o cumprimento das recomendações da Carta da Criança Hospitalizada é garantir à criança o direito a Ser Criança mesmo quando está doente.

Para a criança, a permanência num hospital é uma experiência traumatizante, é uma ruptura com os seus hábitos e o seu mundo habitual, a família, a escola e os amigos.

A hospitalização pode gerar sofrimento e angústias que a fragilizam e até dificultar o processo do tratamento. Os sentimentos de solidão, de ruptura com a vida exterior, o medo da dor, a perda da independência ou da autonomia, são elementos que podem tornar a vida no hospital triste e tensa.

Uma das formas de os minimizar é tornar o meio hospitalar mais amigável, é levar vida e proporcionar experiências diferentes à criança e família que tornem a sua estadia menos penosa, é contribuir para um ambiente mais humanizado. Hoje, estão disponíveis diversos meios que podem amenizar a estadia da criança no hospital, como por exemplo: o apoio educacional / escolar – (hoje com as tecnologias da comunicação é permitido a uma criança internada num hospital poder continuar a comunicar com os seus pares da escola, não ficando isolada e facilitando a sua integração posterior); as visitas dos amigos; a criação de momentos de quebra da rotina da vida diária com a introdução de vivências em que a criança possa esquecer o local onde está e viver momentos de profundo bem-estar e satisfação. Estas preocupações integram-se no que se chama hoje em dia os serviços centralizados na criança e suas necessidades.

A organização de um serviço de pediatria inclui desde há vários anos espaços de brincar, mas nem sempre ainda com as características que o respeito por esta actividade da criança como um direito e como fundamental ao seu desenvolvimento mesmo quando doente requer.

Tem-se assistido nos últimos anos a um interesse crescente da sociedade civil e de associações não governamentais para se aproximarem do hospital e das crianças doentes, correspondendo a uma maior consciência dos direitos da criança e à importância crescente do papel desta na família e na sociedade. São grupos de música, teatro, palhaços, contadores de histórias, pinturas, animação, grupos de teatro de escolas, etc.

Com a multiplicidade de grupos diferentes, corremos o risco de poder haver concorrência ou competitividade entre eles, e também de transformar os serviços numa animação permanente, destabilizadora, nada humanizada para quem necessita de cuidados.

A entrada de elementos estranhos ao ambiente da saúde e dos hospitais numa fase inicial teve algumas dificuldades, como é habitual sempre que há mudança ou inovação e ainda hoje aparecem esporadicamente algumas reacções menos positivas.

Pode haver pouca receptividade da parte de profissionais porque vêm nesta entrada uma ameaça que vai perturbar o seu funcionamento habitual, porque receiam que possa destabilizar as crianças ou gerar confusão entre crianças e pais e profissionais.

Pode ainda ser entendido como uma perda de influência porque tradicionalmente este papel de animação era desempenhado exclusivamente

por profissionais do próprio serviço.

E ainda, há quem pense que a criança doente precisa de sossego, pelo que não deve ser incomodada. Esquecem, nesse caso, de ouvir a criança, de saber do que ela gosta, decidem por ela e pelos pais.

Por outro lado, estão algumas associações ou outros grupos com ideias preconcebidas quanto ao ambiente hospitalar e seus profissionais que consideram insensíveis e que de forma muito voluntariosa se disponibilizam a ir junto de crianças hospitalizadas. A entrada destes elementos estranhos ao meio, sem prévia preparação, pode desencadear uma perturbação nociva no meio hospitalar.

Estas duas posturas são extremas e felizmente cada vez mais raras.

Hoje há grupos, associações que têm intervenções programadas da responsabilidade de profissionais preparados para o meio hospitalar; que aprenderam o que é um hospital, o respeito pela criança, pela criança doente e pela família, que sabem estar com os profissionais da saúde, que dialogam com eles com o objectivo de contribuir para o bem estar da criança, que conhecem as regras de funcionamento hospitalar de forma a circularem sem perturbarem ou pelo contrário perturbarem como contributo de melhoria do ambiente. Esta intervenção é sentida pelas crianças e famílias e também pelos próprios profissionais que, muitas vezes usufruem de momentos lúdicos, de paragem na sua actividade, que é frequentemente geradora de grande tensão.

Estamos a falar de algumas intervenções do exterior e que se desenrolam nos hospitais, como por exemplo a Fundação Gil, através da Hora do Conto e da Hora da Música; da Operação Nariz Vermelho; dos Músicos Actuantes no Meio Hospitalar; Associação dos Meninos de Oiro – Projecto Pincel Mágico.

Trata-se de profissionais competentes que fizeram a sua preparação para a intervenção junto das crianças em meio hospitalar, que sabem estar com as crianças e com os profissionais.

Com o interesse crescente de grupos e associações pelo trabalho com crianças internadas, torna-se necessário haver da parte dos serviços uma organização para que estas iniciativas possam ser conjugadas, articuladas e integradas na vida hospitalar, constituindo uma mais valia para as crianças/famílias e profissionais e não algo muito perturbador que provoca reacção negativa nos profissionais e prejudica o processo de tratamento em curso. Todas estas intervenções de diferentes áreas culturais e de animação podem fazer parte de um programa cultural mais vasto em que todo o hospital possa estar envolvido, constituindo-se o hospital como promotor de desenvolvimento, saúde e bem estar.

A entrada de elementos estranhos ao hospital corresponde a introduzir momentos de quebra na rotina da vida hospitalar, a esquecer por alguns momentos o local onde se está, a manter ligação e a levar a vida do exterior, a facilitar a reintegração da criança no seu grupo quando de regresso a casa. Dá-lhe oportunidade de viver experiências enriquecedoras que pode partilhar com os amigos que vai reencontrar, experiências positivas e não só de sofrimento e angústia que a doença e o internamento hospitalar possam ter provocado.

Requer que sejam profissionais nas respectivas áreas da cultura e ou animação e não pessoas de boa vontade que gostem de animar crianças. É necessário garantir continuidade e profissionalismo, o que tem sido conseguido com a intervenção de Associações ou Fundações, desenvolvendo elas próprias o mecanismo do seu financiamento.

Bibliografia:

- IAC (1996), A Criança e os Serviços de Saúde – Humanizar o Atendimento, Actas do Encontro.
- Jorge, Ana (2003), L'Humanization des Services de Pédiatrie, Comunicação à Université Européen d'Été.
- Jorge, Ana (2004), Humanização dos Cuidados à Criança, comunicação ao 7o Congresso Nacional de Pediatria.
- Lindquist, Ivonny (1985), L'enfant à l'hôpital, la thérapie par le jeu, Collection la vie de l'enfant.
- Broome, Marion E., Knafl, K., Pridham, K., Feetham, S. (s/d), Children and Families in Health and Illness, Sage Publications, Inc.
- Rosenberg-Reiner, S. (2000), Guide de l'hospitalisation des enfants, Antony, APACHE.
- Winnicott, D.W. (1975), O brincar e a realidade, Coleção Psicologia Psicanalítica.
- Pediatria Social, SPP (1991), Humanizar o Atendimento à Criança, Sociedade Portuguesa de Pediatria.

3. Voluntários em Pediatria – Sim ou Não?

Agostinho Moleiro*

As grandes mudanças na Pediatria nos últimos 30 anos advieram em parte de importantes progressos tecnológicos e científicos, mas foi sobretudo na área dos universos assistências e da relação com a criança e pais que se deu essa fantástica viragem. Fantástica? Sim, porque nessa altura internavam-se as crianças e os pais ficavam à porta da urgência (apenas um exemplo).

A Pediatria deixou de ser uma ciência limitada aos pediatras ou médicos de crianças para ser um espaço de convergência multidisciplinar centrado na criança e sua família. A Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança foi, sem dúvida, um dos expoentes máximos dessa mudança.

Paralelamente, a nível da assistência aos adultos, esse avanço foi mais tímido e muito limitado, tendo emergido o voluntariado, agora com implantação e organização em crescendo.

Duas maneiras de ver o mesmo problema: o autismo dos Serviços de Saúde.

Na certeza de que todos os Serviços de Pediatria estão abertos aos pais ou seus substitutos naturais, deve-se ou não admitir voluntários nesses serviços?

Uma sociedade sã e aberta é por natureza solidária e os cidadãos que se prestam a servi-la merecem o seu carinho e apoio. Abrir a discussão desta renovada vertente pediátrica parece-nos salutar. A intervenção de novos agentes nos Serviços de Atendimento a Crianças, pode e deve ser uma nova oportunidade de mudança na melhoria do acolhimento e seu bem-estar.

Os Serviços têm o dever de dar inteira prioridade aos pais e seus substitutos no acompanhamento em permanência dos filhos internados ou sob tratamento em ambulatório. É importante incentivar essa relação soberana e estabelecer com eles parcerias no sentido de suavizar as reacções da criança ao internamento. Acolher os pais e crianças numa relação de confiança e responsabilidade mútuas gera um ambiente de segurança na criança.

A realidade é que com frequência os pais ou familiares estão ausentes ou não têm capacidade para cuidar dos filhos. Os profissionais ocupados com outras tarefas têm disponibilidade limitada. Poderá ser este um dos atributos do voluntariado? Admitimos que sim, pelo que propomos algumas medidas necessárias à sua implementação:

- estudar em cada Serviço o papel dos voluntários, admitindo mesmo alguns deles, pela sua dimensão e movimento, não se justifique a sua colaboração;
- fundamentar e planear as suas actividades em função dos pais e das crianças;
- promover a formação dos voluntários, adequada à Pediatria;
- fomentar o trabalho em equipa e em consonância com os outros profissionais;
- perspectivar-lhes uma função de pares dos pais, como vertente externa de apoio menos técnica e mais ligada às dinâmicas familiares.

O âmbito da sua acção no internamento e no ambulatório é significativamente diferente. Neste último, o contacto é breve e pontual, assume um cariz informativo e de apoio guiado, apesar disso valioso, dado que os pais se sentem muitas vezes perdidos e desorientados e o simples facto de ter alguém disponível a seu lado, dá-lhes segurança e maior estabilidade emocional.

A nível do internamento, a sua acção torna-se mais complexa e requer uma reflexão alargada, e qualquer que seja, nunca deverá servir para substituir os profissionais ou os pais, mas sim para os coadjuvar.

Há a absoluta necessidade de tomar em consideração a idade das crianças e as suas capacidades de adaptação à relação que lhes é proposta, particularmente naquelas cujos pais não estão presentes e em que a relação com mais um “estranho” pode perturbar, ainda mais, o seu equilíbrio afectivo

Finalmente, permitimo-nos salientar os efeitos duplamente positivos do voluntariado:

- Apoio aos pais e crianças nos Serviços de Atendimento à Criança;
- Promoção da auto-estima e bem-estar dos voluntários, especialmente os aposentados onde o vazio dessa nova condição é ocupado pela oferta de um serviço público gratificante.

* Pediatra

V. E ainda...

1. Ainda a Dor...

Filomena Pereira*

Ao percorrermos a História do Homem, o conceito de criança como ser de características e necessidades próprias é muito recente. Só após a Revolução Industrial se ouviu, pela primeira vez, uma voz a defender direitos da criança e foi uma Associação de Defesa dos Direitos dos Animais que falou.

Não é de estranhar que o reconhecimento da existência da dor na criança tenha pouco mais de trinta anos.

No entanto, em poucas áreas da medicina se terá percorrido, desde então, tanto caminho.

Nos anos sessenta, os trabalhos realizados sobre a dor na criança concluíam, de forma quase uniforme, que esta não existia.

Só posteriormente a sua existência é reconhecida, inclusive no recém-nascido, que então se reconheceu um ser com competência anatómica e neuro-química para sentir dor e sofrer os seus efeitos nefastos.

É na década de oitenta que a dor é identificada como entidade deletériora, com um conteúdo mais abrangente que um simples desconforto, ao ser claramente descrita a dor biológica que, independentemente da etiologia, traduz uma resposta global do organismo.

É descrita como o resultado final da cascata de acontecimentos desencadeados pela lesão tecidual, com a libertação de prostaglandinas, serotonina, bradicinina, norepinefrina, iões, substância P e outros, conduzindo a uma resposta dos nociceptores com libertação de hormonas de stress; possivelmente úteis numa primeira fase de resposta à agressão em que contribuem para a manutenção da homeostasia; no entanto, a perpetuação da resposta rapidamente se torna lesiva, e os seus efeitos são tanto mais nocivos quanto mais jovem e debilitado é o doente.

Posteriormente, outros aspectos relacionados com a dor passam a ser valorizados, com o conhecimento dos mecanismos da sua percepção. Esta depende de interações neurais complexas, em que os impulsos gerados pela lesão são modificados por sistemas ascendentes activados por estímulos nociceptivos e por sistemas descendentes supressores activados por factores psicológicos e de envolvimento.

Do conceito de tratamento da dor passámos ao conceito do controlo da dor. Este implica a sua prevenção, sempre que possível para além do tratamento precoce da dor instalada; ambos os objectivos são mais fáceis do ponto de vista médico e mais úteis para a criança em todas as vertentes, do que o tratamento de uma dor forte instalada.

Chegámos então ao agora, e o conhecimento e as armas de que dispomos obrigam-nos a atitudes claras e inequívocas no controlo da dor da criança.

Dois aspectos não directamente relacionados com a medicação são de fulcral importância e muitas vezes esquecidos ou relegados para segundo plano na nossa prática diária. São eles o envolvimento securizante da criança e o evitar a angústia antecipatória e tornam-se mais importantes ainda na situação em que mais frequentemente são esquecidos – nos Serviços de Urgência (SU).

Pode-se afirmar que a maioria dos Serviços de Internamento tem vindo a modificar a sua conduta no sentido do bom cuidado da dor em todas as suas vertentes. Também a terapêutica da dor peri-operatória está na ordem do dia e a sua correcta utilização a ser alvo de progressos e actualizações constantes. As Unidades de Cuidados Intensivos, embora condicionadas pelas suas características objectivas específicas e limitadoras, estão globalmente a dar resposta a este desafio, talvez não assumido tão seriamente pelas Unidades de Cuidados Neonatais. No conjunto, pode-se afirmar que se caminha para a optimização do controlo da dor em Pediatria nestes Serviços.

Os Serviços de Urgência constituem no entanto um maior e ainda persistente desafio.

São eles, na maioria das vezes, o primeiro local de experiência para a criança no que refere à dor induzida por procedimentos e são sempre eles a antecâmara para um primeiro e/ou subsequentes internamentos.

Regra geral, é no SU que a criança tem a primeira experiência que a condiciona sensorial e comportamentalmente para as vivências seguintes. Quando fica internada, a memória do vivido no SU vai ser a antecâmara da experiência que vai viver no internamento; quando volta ao SU é a memória da primeira visita que a acompanha.

É portanto no SU que o conceito de angústia antecipatória ganha toda a sua abrangência; na maioria das vezes, é aqui que se trava, no que refere à dor induzida por procedimentos, a primeira e decisiva batalha no controlo da dor na criança.

Ao fazermos uma revisão da nossa prática diária, seguramente concluiremos que escassos foram os casos em que o tempo ou a urgência da situação não teriam permitido a colocação de um analgésico tópico para uma colheita de sangue, assim como escassos foram os casos em que não foi permitida a administração de um sedativo/amnesiante e a analgesia tópica para uma punção lombar. Serão estas as manobras com dor induzida mais frequentes em contexto de SU, mas não podemos esquecer que continuam a ser feitas suturas e tratamentos a queimados sem uma analgesia eficaz.

A envôlvência como transmissora de calma, tranquilidade e segurança, é muitas vezes difícil de obter, sobretudo nos grandes hospitais, o que se reflecte negativamente em muitos mais aspectos do que o controlo da dor, já que é essencial para uma boa prática clínica.

Mesmo em condições difíceis de trabalho, é possível melhorar o aspecto humano do atendimento; no entanto e neste aspecto, podemos partilhar responsabilidades. A forma como decorre, em geral, o atendimento nos Serviços de Urgência está condicionada, sobretudo nos períodos de maior afluência de crianças, pelo número escasso de médicos disponíveis, trabalhando em turnos de longa duração independentemente do seu grupo etário, em espaços sobrelotados e ruidosos, sem condições adequadas de privacidade para cada consulta, num regime de trabalho em stress ampliado ainda pelo número de inscrições em espera.

Na actual prestação de cuidados à criança doente, são os Serviços de Urgência que devem ser alvo de mudança e progresso em todos os aspectos desse cuidado.

É também fundamental que todos os pediatras desenvolvam plena consciência de que o seu papel no bom cuidar da criança abrange muito mais do que a administração de fármacos.

Leitura recomendada:

Schechter, Neil e Berde, Charles (1998), Pain in Infants, Children and Adolescents, Williams&Williams.

* Médica Pediatra, Assistente Hospitalar,
Membro do Grupo de Apoio Técnico do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento
à Criança, Instituto de Apoio à Criança

2. Desafios para a Transdisciplinariedade

Maria do Céu Machado*

A Saúde Infantil e Juvenil está em mudança. Controlada a doença infecciosa, mantêm-se os acidentes, emergem a obesidade, a patologia oncológica e os maus tratos e a depressão infantil toma uma inesperada dimensão. Há um número crescente de crianças, filhos de imigrantes com más condições socioeconómicas, sem vigilância na saúde e com poucos recursos na doença.

O adolescente tem problemas específicos como consumo de álcool, tabaco ou drogas, doenças do comportamento alimentar ou sexualmente transmissíveis.

E finalmente, sabe-se hoje que a Medicina da Criança vai muito para além da idade convencionada pois está provado que muitas das doenças do adulto como as cardiovasculares são consequência do que ocorre durante a vida fetal e nos primeiros anos de idade (Woods: 2004; Cohen: 2004).

Cuidar não é um processo binómico, médico-doente. O médico é quem diagnostica e prescreve, mas o tratamento, nomeadamente nos casos de doença crónica e da criança com necessidades especiais, é mais do que cumprir uma prescrição. Envolve uma equipa multidisciplinar criança-pais-médico-enfermeiro-psicólogo-fisioterapeuta-professor.

Os cuidados de saúde à criança e ao jovem devem ser especializados, centrados na família, em parceria, com continuidade e partilhados qualquer que seja o nível, primário ou hospitalar, através de um esforço interdisciplinar coordenado (Karen: 2005).

A parceria é estabelecida com os pais e a família que são envolvidos no cuidar, na decisão e na compreensão dos problemas. A continuidade é assegurada entre as equipas do hospital e centro de saúde assim como a partilha, sendo da responsabilidade dos cuidados primários o seguimento regular, a promoção da saúde, a prevenção da doença e o tratamento da doença aguda.

No hospital, a complexidade das patologias e das situações de risco clínico, psicológico e/ou social condicionaram uma organização transdisciplinar.

A orientação de uma obesidade infantil requer endocrinologista, dietista, psicóloga e professor de educação física; a suspeita de maus tratos obriga a intervenção do médico, cirurgião, enfermeiro, psicólogo, assistente social, comissões de protecção e até tribunal.

Há áreas em que a multidisciplinaridade é fundamental: os adolescentes, a preparação para a cirurgia ou o internamento prolongado (Golse: 2000).

Esta transdisciplinaridade envolve desafios. De organização do trabalho de equipa, de comunicação e de liderança. Os grupos profissionais tornaram-se autónomos pelo que houve necessidade de estabelecer regras.

O trabalho da equipa interdisciplinar constrói-se na retaguarda, melhorando a organização, assegurando a responsabilidade colectiva do bem-estar do doente como parte do sistema de continuidade. Esta é a chave para obter cuidados de primeira linha, que são os valorizados pela criança e família como evidência de qualidade, traduzidos em actos e mensagens consistentes e sem conflitos (Krogstad: 2002).

Quanto à organização da equipa e ao papel de liderança, aconselha-se a leitura de Daniel Goleman (2002) sobre a cultura de uma organização. A mudança a nível individual é motivada pela visão ideal do problema. Um grupo muda apenas após ter consciência do seu verdadeiro modo de funcionamento mas o processo de decisão em grupo é sempre melhor do que a decisão individual.

O líder (coordenador) conhece as normas e maximiza a harmonia e colaboração de forma a que o grupo beneficie das melhores qualidades de cada membro. Discute claramente o que se pretende de cada um, responsabiliza cada elemento pela forma como trabalham em conjunto, resolve os conflitos ou as discordâncias de forma aberta e com bom humor e mantém a ressonância de modo a que as decisões valham o esforço da reunião.

A continuidade de cuidados é um fenómeno multifactorial que resulta da combinação de acesso fácil aos profissionais, desempenho interpessoal adequado, boa capacidade de informação entre a família, os profissionais e a organização e excelente coordenação entre todos (Reid: 2002).

A comunicação efectiva interdisciplinar é a base dos cuidados de saúde actuais. A discussão clínica entre médicos, enfermeiros e outros profissionais melhora o desempenho pessoal e profissional, diminui a ocorrência de acidentes e ainda das situações de *burnout* (esgotamento emocional que pode ocorrer em quem trabalha com pessoas).

A reunião diária no início da manhã é uma proposta consensual de vários autores como meio de comunicação interdisciplinar quanto à orientação do doente, através de quatro áreas de impacto: predictibilidade (planeamento de cuidados), conhecimento e perspectivas

(aprendizagem mútua com menos conflitos), relações interpessoais e evolução esperada (Aston: 2005).

Não menos importante é o cuidado na centralização da informação e da orientação. O doente crónico ou com necessidades especiais precisa de um profissional que centralize o processo de modo a não haver duplicações e perdas para a família. Aos pais de uma criança que nasceu pretermo e tem alta, são marcadas consultas no Centro de Saúde, com o Médico de Família e a enfermeira de saúde infantil e no hospital, com o pediatra do desenvolvimento, o fisiatra, o neurologista, o oftalmologista e o ORL. Esta família necessita de perceber a quem se dirigir e quais as prioridades para o seu filho.

As dificuldades são causa de frustração, hipervigilância e falta de confiança na qualidade de cuidados. Quanto mais intuitiva for a aproximação, quanto mais uniforme for a linguagem, mais a família se sente envolvida e incluída nos cuidados, com menor ansiedade e mais confiança (Karen: 2005).

Cada um dos profissionais de saúde deve constituir-se advogado ou provedor da criança (Berman: 1998; Rudolf: 2003) mas, nos casos de doença crónica, deve existir o gestor do doente que faz o ponto da situação com os pais. O gestor do doente, a sugerir pela equipa, facilita a comunicação com os pais.

A transdisciplinaridade com envolvimento dos pais e de profissionais de várias áreas resulta em mais do que bons cuidados e satisfação. Programas como o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) desenvolvido nos países nórdicos (Suécia e Dinamarca) determinaram menor necessidade de O2 e de dias de internamento e melhor performance em grandes prematuros (Westrup: 2000 e 2004; Ohlsson: 2002; Jonhsson: 2003).

E neste tema, como em tudo o que diga respeito ao internamento da criança e adolescente, aconselha-se a todos a leitura e divulgação da Carta da Criança Hospitalizada (European Association for Children in Hospital, 2002, Instituto de Apoio à Criança 2002), Princípios 3, 4, 7, 8 e 9:

3º ...os pais... participam activamente nos cuidados ao seu filho;

4º ...os pais têm o direito de receber informação... e participar nas decisões;

7º ...o hospital deve oferecer um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas;

8ºa equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento da criança e da família;

9º ...a equipa deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

Ou como diz o Poeta, ganhamos juntos o que perdemos separados.

* Médica Pediatra,
Directora Clínica Hospitalar
Presidente da Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Jovem,
Membro do Conselho Consultivo do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Instituto de Apoio à Criança

3.A Organização Hospitalar – uma Visão Sociológica

Anabela Fonseca*

Os hospitais são, tipicamente, grandes organizações onde se cruzam diversas actividades e um vasto leque de pessoal. A sua actividade centra-se nos vários serviços onde se desenrolam os actos médicos. São as actividades quotidianas dos serviços, ou seja, a prestação de cuidados médicos, mais do que as grandes decisões do “topo estratégico” (Mintzberg, 1979), que demonstram a eficácia dos resultados da organização.

As organizações nascem como resposta a necessidades de um determinado meio social e surgem para o cumprimento de certas funções, ou seja, têm uma actividade estruturada para alcançar fins objectivos.

As organizações de saúde, como os hospitais, têm uma função social particular, uma vez que se baseiam na garantia de que o impacto criado pelas doenças dos indivíduos seja minimizado perante a sociedade. Como tal, a vida organizacional dos hospitais é de uma imprevisibilidade extrema, na medida em que ocorrem múltiplas situações, que envolvem riscos e incertezas externas, acrescidas ainda de possíveis conflitos entre os diferentes grupos profissionais.

Tal como acontece noutros tipos de organizações, também nestas, as situações são partilhadas pelos profissionais e pelos administradores através de processos como a comunicação, a gestão de conflitos e a tomada de decisão. A tomada de decisão deve adaptar-se às diferentes situações com que a organização se confronte e depende do poder que cada parte constituinte da organização possui.

O confronto de poderes emerge na medida em que os diferentes actores envolvidos justificam as suas acções em saberes distintos: os profissionais de saúde têm o seu poder no conhecimento científico e técnico e os gestores detêm um poder baseado no controlo técnico-burocrático. Embora exista equivalência científica e técnica resultante das qualificações académicas adquiridas, o distanciamento existente entre estes dois grupos decorre da sua relação com a divisão do trabalho hospitalar.

A estes dois corpos profissionais estão ligados dois tipos de autoridade: “uma autoridade burocrática representada pelos administradores do hospital e uma carismática/tradicional pertencente aos médicos” (Morgan, 1993).

De acordo com a tipologia das configurações organizacionais (Mintzberg, 1979), o hospital é uma burocracia profissional, já que a sua base se centra no núcleo operatório, ou seja, nas pessoas que executam o trabalho básico. Neste caso concreto, o núcleo operatório é responsável pela prestação de cuidados de saúde e assim podemos considerar as organizações de saúde como sistemas baseados no conhecimento.

Neste tipo de organização, são os profissionais que produzem cuidados médicos directos, aqueles que permitem reproduzir o modelo de racionalidade desta organização. É também frequente a actividade de elementos não operatórios, como os administradores, os responsáveis pelos orçamentos, etc., ser subordinada à dos profissionais médicos.

O hospital constitui, deste modo, uma estrutura que se explica muito pela sua dimensão informal, na medida em que as decisões do chamado “núcleo operatório” superam, na grande maioria das vezes, as do já referido “topo estratégico”.

Estas são organizações com características muito específicas que se podem traduzir em dois grandes grupos: uma elevada diferenciação funcional e profissional e a imprevisibilidade do meio envolvente.

Por um lado, os hospitais são fortemente diferenciados, tanto em termos funcionais, como em termos profissionais, ou seja, os médicos detêm um elevado grau de autonomia, uma vez que são os responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde e o poder dos administradores é muitas vezes suplantado por determinadas exigências médicas justificadas pelos avanços técnico-científicos dessa actividade e pelos interesses dos doentes. Assim os médicos agem, na maioria das vezes, com autonomia e independência face a constrangimentos económicos e financeiros da gestão hospitalar (Carapinheiro, 1998).

Por outro lado, ao coexistirem na mesma organização diferentes tipos de tecnologia, se a entendermos como um conjunto de conhecimentos utilizados na produção de bens e serviços, observa-se que os hospitais convivem permanentemente com a contingencialidade, a incerteza e o risco, na medida em que a maioria das situações que vivem são imprevisíveis. Com base nesta imprevisibilidade e para as situações em que as regras formais não oferecem solução, aparecem de imediato regras informais que fazem com que o modelo formal da organização se mantenha. Na base do funcionamento dessa estrutura social informal há poderes diferenciados de actores que podem mobilizá-los estrategicamente para facilitar negociações, contratos, pactos, acordos que ultrapassam em muito a estrutura formal.

Nas organizações de saúde existem, então, múltiplas formas de poder e várias formas de autoridade e o seu funcionamento, ao contrário de

outras organizações, não se desenvolve apenas num mesmo sentido, num mesmo objectivo em concreto. Encontram-se, então, objectivos globais da organização e objectivos operatórios, próprios de cada grupo profissional. O hospital ilustra de forma brilhante as combinações complexas que se podem estabelecer entre diferentes tipos de objectivos. Os objectivos globais do hospital são a cura, o tratamento e a recuperação da doença e com estes coexistem outros, mais ligados aos interesses particulares de cada grupo profissional, que se revelam, quase sempre, de forma conflituosa (Carapinheiro, 1998), apesar de ocorrerem sob a invocação dos interesses dos doentes.

O hospital é, então, uma organização onde se cruzam profissionais com diferentes tipos de formação e socialização profissional, com diferentes posições hierárquicas e com diferentes localizações na divisão do trabalho médico. De acordo com Pfeffer (1992), os confrontos de interesses são mais frequentes em organizações que, como os hospitais, se encontram divididas em áreas muito específicas e especializadas.

Um grande foco gerador de conflitos entre os vários profissionais de um hospital está na angariação de recursos (Pfeffer, 1992), já que as exigências dos médicos, detentores como são, de muitos privilégios, ultrapassam, em larga escala, as exigências dos outros grupos profissionais. Estes conflitos são, então, geridos mais através de um processo político do que através do funcionamento de uma hierarquia burocrática.

Para além dos conflitos que possam existir internamente, torna-se fulcral não esquecer o facto dos hospitais estarem integrados no Sistema Nacional de Saúde, que funciona como constrangimento externo e pode influenciar determinadamente a vida organizacional destas instituições.

Assim, há a necessidade de adaptação da estrutura às características do meio envolvente, implicando uma grande necessidade de coordenação, o que é dificultado pelo facto de serem os próprios grupos profissionais a determinar a dinâmica organizacional. Esta coordenação não poderá assentar tanto em processos formais, mas sim do tipo cultural e comportamental, ou seja, de valores partilhados. Neste caso concreto, a coordenação só será possível se os valores da organização hospitalar se basearem, acima de tudo, na defesa dos direitos da criança hospitalizada.

Em jeito de conclusão, os hospitais caracterizam-se pela sua complexidade, pela sua configuração estrutural muito específica, pelo modo como o poder se distribui e é exercido e que tudo isto demonstra que no seu interior jogam diferentes grupos profissionais, com interesses divergentes e, por vezes, conflituosos. Poderemos, então, questionar-nos de quais serão as consequências para os utentes, nomeadamente para as crianças, se a este clima interno somarmos a influência das medidas políticas que têm vindo a modificar as orientações básicas da organização hospitalar, determinando indicadores que definem os resultados do tratamento, não só em termos de eficácia, mas também, e cada vez mais, em termos de eficiência.

Bibliografia:

- Carapinheiro, G. (1998), Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares, Porto, Afrontamento, 3ª edição.
- Mintzberg, H. (1979), The Structuring of Organizations, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Morgan, M., Calnan, M. (1993), Sociological Approaches to Health and Medicine, New York, Routledge.
- Pfeffer, J. (1992), Managing with Power, London, Harvard Business School Press.

* Socióloga,

Técnica do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança,
Instituto de Apoio à Criança

4. Acolhimento - que Futuro?

Gonçalo Cordeiro Ferreira*

O acolhimento hospitalar no futuro deve ser baseado no princípio dos cuidados centrados na família, sobretudo pelo peso crescente que a doença crónica representa nos cuidados prestados à criança (calcula-se que cerca de 18% de crianças com menos de 18 anos apresentam uma anomalia crónica de ordem física, de desenvolvimento, comportamental ou emocional).

Para atingir estes objectivos e humanizar o atendimento hospitalar, bastará cumprir na integralidade as normas da Carta da Criança Hospitalizada. Se não vejamos:

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

Esta norma aponta para a necessidade de fragmentar os cuidados prestados à criança doente. O Hospital com o internamento tradicional é apenas um dos elos dessa grande rede que inclui a casa, o Centro de Saúde e o Hospital de Dia.

Há estudos que demonstram que não são necessários períodos de internamento superiores a três dias na maioria das doenças agudas que necessitam hospitalização.

Este facto significa que a equipa hospitalar deve privilegiar o contacto com as estruturas do ambulatório (em cuidados primários ou hospitalares) através de equipas multidisciplinares e de diferentes origens, a fim de que os cuidados possam ser continuados, com qualidade, no domicílio das crianças.

Por outro lado, é fundamental que todos os serviços hospitalares de Pediatria tenham locais com condições de funcionamento no espaço e tempo que dêem resposta a esse novo paradigma de cuidados, como seja um Hospital de Dia que funcione em horários alargados (pelo menos até às 18 horas e aos Sábados) e uma consulta externa eficaz, de acesso fácil e desburocratizado.

Esta estrutura descentralizada tem também uma óbvia aplicação na criança com doença crónica.

As múltiplas necessidades de hospitalização, muitas vezes por descompensação da sua doença de base, devem ser minimizadas pelo recurso a protocolos de seguimento e troca fácil de informação entre os técnicos de saúde dos cuidados ambulatórios e hospitalares e incrementando a colocação domiciliária de equipamentos de apoio a esses doentes (suporte ventilatório, suporte nutricional e outros) após os pais terem recebido treino para o seu manuseamento.

3) "...os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do Serviço para que participem activamente dos cuidados do seu filho".

4) "As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequados à idade e à compreensão a fim de poderem participar nas decisões que lhe digam respeito".

Estas duas normas definem muito adequadamente o conceito de cuidados centrados na família.

Estes tipos de cuidados baseiam-se na asserção de que a família é a fonte primária de apoio para a criança e que a informação correcta do doente (se aplicável) e da família é um dado incontornável na tomada de decisões do clínico.

A experiência adquirida pelos pais (principalmente nas situações de doença crónica) aumenta a sua confiança no seu papel e ao longo do tempo promove as competências de crianças mais velhas e adolescentes para se responsabilizarem pelos seus próprios cuidados de saúde e anteciparem com êxito a transição para os cuidados de adultos.

A participação dos pais nos cuidados aos seus filhos, através de um envolvimento directo com a equipa hospitalar, apresenta benefícios demonstrados em vários estudos:

Redução da ansiedade da criança e pais durante procedimentos invasivos, não acarretando a sua presença, nem prolongamento desses actos, nem perturbação do prestador de saúde. Outro trabalho mostrou que as crianças cujos pais estiveram envolvidos nos cuidados pós amigdalectomia recuperaram melhor e tiveram alta mais precoce. Outros estudos revelaram que a presença continuada dos pais,

nomeadamente na indução anestésica e no recobro, induzia em crianças pequenas submetidas a cirurgia menos tempo de choro e agitação, bem como redução do emprego de medicação pós operatória.

No hospital (e fora dele), a promoção do encontro de famílias cujos filhos passam (ou passaram) por problemas semelhantes fortalece a confiança dos pais com benefícios na saúde mental das mães de crianças com doenças crónicas.

O próprio “staff” hospitalar tem ganhos com uma política de cuidados centrada na família: inquéritos de satisfação ao pessoal de saúde em hospitais ou serviços que seguem esses princípios demonstraram a presença de sentimentos positivos sobre o seu trabalho, melhor nível de actuação e menor rotatividade nos locais de trabalho (incluindo a própria urgência).

Finalmente outros trabalhos apontam para uma redução de tempos de internamento entre 30-50%, menor taxas de reinternamento e menos recurso à urgência com reduções de custos, em hospitais que adoptaram esses procedimentos.

7) “O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto de equipamento, quer no do pessoal e de segurança”

O Hospital que acolhe crianças tem no futuro de melhorar todos estes aspectos, e beneficiando da redução do número total de internamentos, promover uma política de instalações que permita:

Presença dos pais durante 24 horas junto dos seus filhos, em condições mínimas de humanidade e dignidade (espaço para descansarem e utilização de instalações sanitárias com privacidade);

Conseguir criar nos serviços e enfermarias de Pediatria um ambiente pediátrico com decorações adequadas das paredes, espaços para brincar, presença de profissionais treinados para lidar com crianças, nomeadamente educadores, experiências com músicos, palhaços e mesmo projectos pilotos com animais dentro dos serviços. Tornar prática corrente que todas as crianças devem ser internadas nesse ambiente, independentemente das especialidades que lhes prestam cuidados (ORL, Ortopedia, Cirurgia por exemplo);

Adequar as instalações de internamento à idade dos internados, criando espaços próprios para adolescentes com privacidade e conforto, dotados de equipamentos ajustados para as suas necessidades habituais;

Aumentar o nível de segurança para os doentes, promovendo a existência de procedimentos de controle da infecção hospitalar e melhorando as condições de isolamento quando se torne absolutamente necessário (intensificando alternativas de comunicação para o exterior através de internet ou telecomunicações em doentes submetidos a períodos prolongados de isolamento);

Respeitar as convicções religiosas e culturais de doentes e familiares, nomeadamente no uso de determinado tipo de práticas alimentares que possam seguir.

Para concluir, a futura filosofia de acolhimento pode ser resumida da seguinte forma: menos hospital no hospital, mais hospital fora do hospital e em qualquer destes contextos, um hospital que esteja centrado não nos seus funcionários, mas nos doentes e suas famílias.

* Director de Serviço de Pediatria Médica Hospitalar

5. Aspectos Legais – Carta da Criança Hospitalizada

(Texto publicado in IAC, Carta da criança hospitalizada – Comentários, IAC, 2000)

Rui Epifânio (1946-2005)*

O Instituto de Apoio à Criança merece ser louvado pelo papel que vem desempenhando na Defesa dos Direitos da Criança. O Conselho da Europa recomenda que instâncias moderadoras desempenhem papéis importantes no reforçar dos Direitos das Crianças.

Vejamos em panorâmica o modo como hoje se protege a criança, de uma maneira geral, e como, em princípio, essa protecção tem reflexos quando ela se encontra hospitalizada ou quando tem contactos com os Serviços de Saúde.

É importante encontrarmos o enquadramento legal e até histórico para atingirmos essa abordagem global que permita uma simples leitura e coloquial e auxilie nos comportamentos: depois, face a cada situação concreta, tomem-se atitudes adequadas, no apelo a uma interpretação dinâmica e não-estática da Carta da Criança Hospitalizada.

Trabalhando na Escola de Formação de Magistrados, estamos interessados e empenhados na formação das pessoas, entendemos que é um aspecto fundamental.

A formação pode não conduzir (nem deve) à unanimidade em encontrar um ponto de vista onde não haja depois mais lugar a discussão, mas é através da formação (e temos experiência disso na escola de Formação dos Magistrados, criada em 1979), que se elevam os patamares da qualidade da acção e se projecta também a sedimentação de núcleos coerentes e estáveis de boas práticas; a partir destas, pode-se partir também para novas e mais saudáveis atitudes. Tal gera boas cumplicidades, exige boas leis que satisfaçam as práticas e inverte também um pouco o fenómeno de existir uma proliferação de leis a que corresponde uma acção satisfatória.

De facto, para nós que somos Magistrados e muito interessados neste fenómeno, penso que será matéria para uma reflexão de ordem sociológica a de saber porquê (se há uma abundância legislativa de dúzias de leis) essa floresta não sustenta, ou não motiva, uma prática de um nível razoável.

Na Suíça, onde há pouco tempo os Magistrados de Menores e Família se reuniram e projectaram uma acção sobre a Convenção dos Direitos da Criança, foi muito estranho verificar que a Suíça, tendo sido o país anfitrião, não estivesse ainda entre os países que ratificaram a Carta.

No debate, os Suíços, talvez um pouco perfeccionistas, explicaram que só se mostram disponíveis a ratificar a Carta quando tiverem a certeza de poder cumprir totalmente aquilo que está nela escrito.

Estamos bastante empenhados (e o Centro de Estudos Judiciários também) na actualização legislativa, porque achamos que a lei tem um valor referencial profundo. De facto, neste século, quase se pode dizer que a protecção da criança ganhou um novo fôlego com o desenvolvimento das ciências sociais do início deste século; foi quando se começaram a ter novas exigências legislativas relativamente à protecção da criança.

Citemos dois ou três Diplomas que parecem fundamentais, pois contêm princípios, sem os quais, a Carta não é de leitura fácil.

Foi mais ou menos em 1929 que a Sociedade das Nações fez a chamada Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, que tinha como objectivo garantir uma protecção especial à criança.

Outro documento importante que deu origem ao Ano Internacional da Criança foi a Declaração dos Direitos da Criança de 1959, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas: a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, nomeadamente protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento. Promovia a adopção de leis para esta função, que tivessem como escopo o interesse superior da criança na sua organização.

Como Diplomas importantes para sustentar as nossas posições quando trabalhamos nesta área, temos a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, que são os mais importantes documentos assinados a nível mundial.

Por sugestão da Polónia, começou-se a trabalhar na Convenção sobre os Direitos da Criança, na qual Portugal teve um papel importante, assim como o próprio Instituto de Apoio à Criança e o Centro de Estudos Judiciários; basta lembrar que foi no Centro de Estudos Judiciários que se procedeu à recolha dos princípios que deviam estabelecer uma certa unanimidade a propósito dos países de expressão

portuguesa (PALOP).

O vinte cinco de Abril levou a que Portugal se tornasse um Estado Membro e que aceitasse muitas das Convenções adoptadas pelo Conselho da Europa (algumas até já estão desactualizadas, como é o caso da Convenção Europeia em matéria de Adopção) e inúmeras Recomendações (uma sobre a Violência na Família).

Sobre o papel mediador que as instâncias podem ter, no sentido de dinamizar práticas hospitalares ou extra-hospitalares, na defesa dos interesses da criança, há uma, muito importante que é a Recomendação R/85-4 sobre a Responsabilidade dos Pais para com os Filhos que Portugal tem seguido à risca (nesse aspecto a lei não está atrasada).

A maior parte destas Convenções são Direito Português (embora raramente invocadas), na medida em que a nossa Constituição (artigo VIII) diz que essas Convenções Internacionais regularmente ratificadas vigoram na Ordem Interna, pelo menos enquanto Portugal não sair desses Organismos (esperemos que nunca saia).

Passando ao plano Constitucional Português, a nossa Lei Fundamental, e apelando ao vinte cinco de Abril de 1974, há uma Lei que se lhe deve fundamentalmente, que tem dentro de si o Artigo XXXVI da Constituição e que coloca importantes registos em matéria de relações entre pais e filhos dizendo: ambos os pais são iguais e têm iguais direitos e deveres na educação dos filhos. Este princípio vem sofrendo “aperfeiçoamentos” ao longo dos anos e, ainda em 1995, beneficiou de um aperfeiçoamento no sentido de tornar mais clara a necessidade de socializar a criança. Trata-se da lei de Agosto 1995 que promove a guarda conjunta das crianças em caso de separação ou divórcio. É das leis que vai necessitar de expressão cultural e de debates para atingir os seus fundamentos: não obscurecer o papel de ambos os pais nem a socialização da criança, quando há um divórcio. Tem outro princípio constitucional: os pais e as crianças não devem ser separados, a não ser por decisão do Tribunal, o que tem importantes consequências.

No nosso Código Civil (apesar de darmos ainda à relação entre pais e filhos a designação de “Poder Paternal”), temos acolhido princípios que podem ajudar, no caso da Criança hospitalizada, pela mobilização de Providências nos Tribunais, em favor da preservação da relação da criança com os pais e vice-versa; portanto, podem ser invocadas na leitura dinâmica da Carta porque esta é passível de uma leitura estática (como quase tudo na vida).

Nestas leis (temos que as invocar, sob pena de não adquirimos um património cultural, um valor referencial), incluem-se, reconhecem-se, criam-se e recriam-se princípios, valores culturais que são importantes para ler a Carta: o princípio do respeito pelas ligações biológicas profundas e pela continuidade das relações afectivas gratificantes e do interesse da criança; o direito à diferença; o direito a ser ouvido (este direito tem vindo a ser melhorado).

Neste momento (Janeiro 96), está aberta para assinatura a Convenção do Conselho da Europa sobre o Exercício dos Direitos por parte das Crianças e dos Adolescentes pela primeira vez; para a leitura da Carta, vai ser útil, sobretudo para a leitura do Princípio IV que pode ter, uma interpretação mais dinâmica do que parece à primeira vista. Por esta Convenção que Portugal com certeza irá ratificar, a Criança não tem só o direito de receber uma informação; a criança tem direito a muito mais: a ser ouvida; a expressar-se; a explicar os seus desejos, as suas vontades. Tal vai ser imposto nos Processos que vão decorrer nos Tribunais em Portugal, mas também, naturalmente, na interpretação deste princípio: tem o direito a que as pessoas lhe expliquem porque é que os seus desejos podem não ser aceites e também quais são as consequências das suas atitudes. São coisas que criam grande angústia às crianças acerca da sua presença em determinados processos hospitalares ou judiciais; aí também se avançou bastante.

Estes princípios substantivos, ligados também a princípios metodológicos, têm vindo a ser reconhecidos, sobretudo na Convenção sobre os Direitos da Criança que fala do Primado do seu superior interesse. Diz assim o artigo III: todas as decisões relativas a Crianças (estamos a falar de menores de dezoito anos), adoptadas por Instituições públicas ou privadas de protecção social (e portanto isto aplica-se aos Hospitais), por Tribunais, Autoridades Administrativas ou Órgãos Legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança.

Nós (nós-Médicos, nós-Juízes, nós-Técnicos-do-serviço-social, nós-Trabalhadores-de-todas-as-instituições) devemos ter a ideia de que isto deve ser sempre interpretado de forma hábil e integradora; não podemos fazer uma interpretação de que o essencial é o “interesse superior da Criança”, extraí-lo como se fosse “uma biópsia” e esgrimi-lo contra o interesse dos outros. A interpretação deve ser integradora, deve conseguir potenciar relações e apelar ao diálogo.

Há um parecer da Procuradoria Geral da República que recomenda aos médicos o diálogo possível quando surgem situações de atrito, seja onde for e sobretudo nos Tribunais.

Temos de fazer uma interpretação afectiva, integradora, potenciadora das relações; insere-se num outro contexto já debatido há muitos anos, fruto também das alterações legislativas posteriores ao vinte cinco de Abril, que é a de entender o “Poder Paternal” como uma relação entre pais e filhos, amistosa, uma relação que traz afectos, acessível a todas as pessoas; durante muitos séculos, esta relação foi entendida como um Poder que os pais tinham sobre os filhos

Em certas alturas da nossa vida colectiva e histórica, chegavam a ter o poder de lhes fazer cessar a vida.

Um outro princípio que fomos reconstruindo e cimentando ao longo destes últimos anos, com o auxílio do Instituto de Apoio à Criança e de outras instituições, é a necessidade de trabalhar em conjunto: neste aspecto, já demos alguns sinais na lei (criação das Comissões de Protecção de Menores).

Para a leitura dialogante da Carta, vejamos o Artigo I: “A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em Consulta Externa ou em Hospital de Dia”; Quanto a isto, não é possível interpretar correctamente se não houver um boa interligação e se a interpretação começar e acabar dentro dos Hospitais.

Efectivamente, é uma leitura dinâmica que se pretende; vai importar que o Hospital esteja bem relacionado com outras instâncias comunitárias, as Comissões de Protecção, o Instituto de Apoio à Criança, ou seja, todas as instâncias que possam ter intervenção na comunidade neste fenómeno e que possam de facto fazer uma leitura dinâmica.

Por exemplo, fazendo uma leitura perversa do I Artigo: uma criança maltratada por um pai dá entrada no hospital; o médico, se não tiver uma preparação adequada e verificar que aquela fractura que ela exhibe foi provocada pelo padrasto ou pelo pai (coisa que é muito frequente nas Urgências e nos Tribunais de Menores), numa leitura exegética, pensa: “ela não precisa de mais nada, vou-lhe pôr gesso, não é necessário o internamento, vai para casa”. Este médico estaria a fazer uma leitura exegética da Carta e estaria a prestar um mau serviço. Se tiver um bom diálogo com a comunidade, o que se adquire através da formação e da própria lei, o médico pode entrar em contacto com outras instituições e, de facto, fazer com que a situação seja vista na sua globalidade e que seja dado um melhor apoio à criança. É uma leitura dinâmica do princípio IV que puxa mais pela criança, puxa mais por todos nós, uma leitura actualista (a Carta já tem oito anos); que promove mais do que proteje a criança; que tem uma leitura flexível.

Há certos aspectos da Carta que exigem uma leitura muito realista. Temos de ser flexíveis, mas firmes.

Por exemplo, certas disposições legais de 1995, relativamente à protecção da maternidade e da paternidade, face ao realismo da situação em que hoje se vive no mercado de trabalho, vão exigir que tenhamos uma leitura flexível.

Fica a sugestão que, para uma aplicação correcta desta Carta, teria sido interessante que pudéssemos ter entrado em contacto com as forças produtivas, nomeadamente ligadas ao mundo empresarial, no sentido de procurar a sua adesão para que a lei seja bem interpretada.

* Consultor Jurídico,
Membro do Conselho Consultivo do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança
Instituto de Apoio à Criança



II Parte – Estudo “Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital”

1. Introdução

“Acolher é aceitar o outro no que tem de específico, de particular, de único. É compreender, sem que tenha necessidade de se expressar, é acompanhar no seu percurso. Acolher não é um dom, é uma competência profissional. É também uma competência de uma equipa de profissionais capazes de se reunir à volta dum projecto de acolhimento de que a criança é o centro” (APACHE, 2000).

O acolhimento e a estadia numa criança num hospital não se reduzem a aspectos médicos. Na verdade, é posta em jogo a capacidade da instituição, do hospital, do serviço, de um grupo de profissionais a trabalhar em conjunto, para propor uma prestação de qualidade, não somente técnica mas também humana. Tudo isto inserido numa organização rigorosa e num meio adaptado à criança e à sua família. Dizer que uma criança no hospital está no centro das preocupações significa que é sempre o sujeito e não o objecto dos cuidados.

A Carta da Criança Hospitalizada, nos seus dez princípios, define de forma clara um conjunto de direitos da Criança, que uma vez garantidos, asseguram a excelência do acolhimento e estadia da criança no hospital e que juntamente com a excelência do desempenho técnico científico, contribuem para uma prestação de cuidados de qualidade à criança internada.

Sabe-se que um ambiente agradável que traduz confiança e prazer, tranquiliza a criança, favorecendo a sua adesão à prestação de cuidados quer quando frequenta um serviço para a vigilância de saúde (factor importante no processo de promoção da saúde), quer quando está doente. Um bom ambiente facilita o tratamento e também a cura. Na verdade, hoje em dia, ninguém põe em causa a importância dos factores emocionais na evolução do processo de uma doença.

As alterações que a prática pediátrica tem sofrido, quer na nosologia quer nas respostas terapêuticas, condicionaram a necessidade de mudar a organização de um hospital ou de um serviço de pediatria. A conciliação da qualidade humana e do respeito pelas necessidades e direitos da criança com os imperativos técnicos e de organização de um hospital, atendendo ao grande número de profissionais intervenientes, por vezes possuidores de interesses antagónicos, é tarefa difícil. As regras de acreditação a que hoje os hospitais são submetidos, salientam a importância do acolhimento e entre as normas de qualidade figuram a formação dos profissionais e o grau de satisfação dos utentes/clientes.

Actualmente, de maneira contraditória, procura-se que haja redução de custos, exigindo que os projectos compatibilizem as normas de qualidade vigentes com um orçamento previamente definido e constante. Esta não nos parece a fórmula a seguir. Nos dias de hoje uma questão central na saúde passa mais pelo controlo do aumento da despesa, através do controlo dos processos e de resultados, mediante a adopção de uma filosofia de melhoria contínua, permitindo obter ganhos de eficiência não sacrificando a qualidade.

O conhecimento da realidade do acolhimento proporcionado pelos hospitais portugueses às crianças e sua família e da forma como estão a ser cumpridos os mandamentos da Carta da Criança Hospitalizada é o primeiro elemento susceptível de proporcionar a mudança das práticas profissionais e organizacionais no sentido da garantir os direitos da Criança internada e da sua família. Na verdade, os dez pontos da Carta constituem um padrão para aferir a qualidade do desempenho hospitalar que deverá estar sempre presente.

2. Objectivos

São objectivos do estudo:

- Identificar e caracterizar as condições de acolhimento e de estadia de crianças e jovens nos hospitais portugueses;
- Reflectir sobre as práticas e dificuldades relativas ao acolhimento e estadia, apontando as soluções;
- Elaborar um “guia” de caracterização do acolhimento e estadia das crianças nos hospitais a partir do resultado dos questionários.

A realização do estudo não teve qualquer cariz controlador ou inspectivo, mas procurou antes ser um processo promotor de uma dinâmica positiva nos hospitais em favor do acolhimento. O conjunto de informações coligidas sugere pontos de reflexão e pode conduzir ao aprofundamento das ideias e, se for caso disso, a alterações e ao ajustamento de algumas práticas.

3. Metodologia

Unidade Estatística

A unidade estatística de observação e apuramento é o hospital.

Hospital

Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

Fonte: DGS – Direcção-Geral de Saúde

Universo / População Alvo

O estudo incide sobre todos os hospitais situados em funcionamento nos anos de 2002 e 2003 em Portugal Continental e Ilhas. O universo de referência é constituído por 106 hospitais.

Variáveis de Observação

De seguida, apresentam-se os principais grupos de variáveis de observação:

Lotação do Hospital: valor

Existência de Serviço de Pediatria: código

Características do serviço: grupo de variáveis

Presença dos pais no internamento: grupo de variáveis

Comunicação: grupo de variáveis

Quarto da criança: grupo de variáveis

Informação: grupo de variáveis

Dor: grupo de variáveis

Escola: grupo de variáveis

Sala de brincar: grupo de variáveis

Biblioteca: grupo de variáveis

Animações culturais e artísticas: grupo de variáveis

Unidade de cuidados intensivos: grupo de variáveis

Anestesia: grupo de variáveis

Cirurgia Pediátrica: grupo de variáveis

Adolescentes: grupo de variáveis

Maus tratos: grupo de variáveis

Carta da Criança Hospitalizada: grupo de variáveis

Metodologia de recolha e tratamento da informação

Ficheiro de lançamento

O ficheiro de lançamento foi constituído a partir da base de Hospitais do Ministério da Saúde, publicada no anuário da Saúde de 2001. Foram seleccionados todos os Hospitais localizados em Portugal referidos no Anuário.

Método de inquirição e recolha

O método de inquirição é exaustivo tendo a recolha sido efectuada através de um questionário (adaptação portuguesa do questionário da Associação francesa APACHE – Questionnaire sur l'accueil et le séjour des enfants à l'hôpital). Os questionários foram enviados em Março de 2002 e a recolha da informação durou até Maio de 2004.

Taxa de resposta

A taxa global de resposta foi de 98,1%, correspondendo a 104 hospitais relativamente a um universo inicial de 106 hospitais.

Registo

A informação recolhida através dos questionários em papel foi controlada e registada informaticamente. Este suporte informático é igualmente a base do controlo de correio, da qualidade dos dados e apuramentos finais.

Limitações do estudo

Em 1992, a associação francesa APACHE iniciou um estudo sobre o acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital, estudo que deu origem a um guia de caracterização do acolhimento desta população nos hospitais franceses. Tendo tomado conhecimento deste projecto e reconhecendo que o guia elaborado constituía um documento de consulta e reflexão de grande interesse, o Sector da Humanização do Instituto de Apoio à Criança decidiu adaptar o questionário elaborado para o estudo francês e aplicá-lo à realidade portuguesa. Esta opção teve as suas vantagens. No entanto, a primeira limitação deste nosso estudo adveio justamente desta decisão. Tendo utilizado uma tradução do questionário francês, verificámos mais tarde, que mesmo tendo sido testado, o inquérito espelhava alguma especificidade da realidade francesa que nem sempre fazia sentido em Portugal.

Por outro lado, no momento da recolha da informação, constatámos que o questionário se dirigia e estava adaptado essencialmente para Hospitais Gerais com Serviço de Pediatria e não para Hospitais Pediátricos ou Maternidades. As respostas que obtivemos por parte destas categorias de hospitais reflectiram de alguma forma o desajustamento do questionário a estas estruturas hospitalares pois todo ele é elaborado no pressuposto da existência ou não de um serviço de Pediatria.

Quanto às respostas obtidas por Hospitais Gerais com Serviço de Pediatria, o questionário, mesmo para estes casos, pressupunha uma estrutura de serviço muito fixa que não correspondeu à diversidade e complexidade que encontramos. Com efeito, sendo o questionário dirigido ao serviço e tendo sido enviado ao hospital, se este último tivesse mais do que um serviço que atendia crianças, a resposta que obtivemos poderá reflectir a prática corrente nesses serviços e não a real prática de cada serviço específico.

Aliás, esta última observação aponta para outra dificuldade que tivemos neste estudo. Querendo estudar o conjunto dos serviços hospitalares (cuidados secundários) que recebem crianças e jovens e tendo dirigido o questionário ao hospital, os resultados que obtivemos referem-se apenas à prática comum na maioria dos serviços do hospital ou à prática comum de um serviço específico do hospital que recebe esta

população, perdendo-se desta forma muita informação relativamente ao acolhimento e práticas associadas.

De seguida, é necessário referir que embora a taxa de resposta final tenha sido muito elevada, tal deve-se em parte a um período de recolha muito alargado, período no qual a realidade hospitalar evoluiu, transformou-se, sendo plausível que algumas das informações recolhidas no início do estudo já não fossem actuais no final. No entanto, julgamos que este facto não tem influência sobre os resultados finais, dada a natureza da problemática em causa que, pelas suas características, não é susceptível de se alterar com rapidez.

Ainda quanto à taxa de resposta, foi evidente aquando da análise da informação que a taxa de resposta parcial foi muito variável. Nomeadamente, foram notórias as dificuldades por parte dos informadores em fornecer informação relativamente a questões abertas, tais como as que solicitavam a descrição de projectos para melhorar o acolhimento, de programas de preparação para o internamento, de projectos de aplicação da Carta da Criança Hospitalizada, etc. Esta limitação é inerente às perguntas abertas, não deixando, no entanto, de ser interessante analisar as tendências apresentadas.

Ao perguntarmos o número de camas do Serviço de Pediatria, pudemos perceber que o número que nos era fornecido não era sempre obtido da mesma forma. Ficou evidente a dada altura que alguns directores somavam o número de camas/berços de todas as unidades que compunham o serviço enquanto outros excluíam dessa conta os berços de puerpério. Esta questão complexa levou-nos a pedir aos informadores que nos fornecessem a descrição completa do número de camas por unidade do serviço preenchendo uma ficha própria para o efeito. De seguida, uniformizámos a informação considerando que o número de camas do serviço se obtinha somando o número de camas de todas as unidades do serviço excepto os berços de puerpério.

Por outro lado, no decorrer do estudo, apercebemo-nos que certas perguntas do questionário foram entendidas pelos informadores de forma pouco homogénea. Com efeito, a descrição do hospital apresentada pelos informadores não teve qualquer uniformização possível. Foi entendida como uma descrição das unidades que compõem o hospital, da população que abrange ou mesmo dos profissionais que o integram. Esta questão não foi tratada por esta razão.

Pudemos também apercebermo-nos ao receber alguns questionários que estes poderão ter sido preenchidos por mais do que uma pessoa. Tal ideia foi confirmada posteriormente no processo de comunicação que se estabelece com os informadores ao longo de um estudo desta natureza. No entanto, na maioria dos questionários pudemos perceber que tinha sido o Director do Serviço de Pediatria ou o Director Clínico do Hospital a responder integralmente ao inquérito. As respostas que obtivemos correspondem por isso, na maioria dos casos, à visão de uma pessoa sobre a instituição em que trabalha e que dirige. Os resultados do estudo deverão portanto ser lidos à luz deste dado e da subjectividade própria desta situação, pois algumas das respostas poderão não reflectir a realidade mas sim a opinião da pessoa sobre essa mesma realidade.

Finalmente, observou-se que o questionário inicial, embora tendo como objectivo caracterizar os profissionais que trabalham no serviço/hospital, não inquiria sobre o número de enfermeiros ou sequer de pediatras do serviço. A informação relativa aos profissionais de saúde que cuidam e acolhem as crianças e os jovens não pode estar completa sem estes dados, tendo ficado apenas uma impressão sobre algumas classes de profissionais específicas (educadores, psicólogos, técnicos de serviço social, etc.). Para além de incompleta, não inquirimos sobre a especialização destas mesmas classes profissionais relativamente à Pediatria.

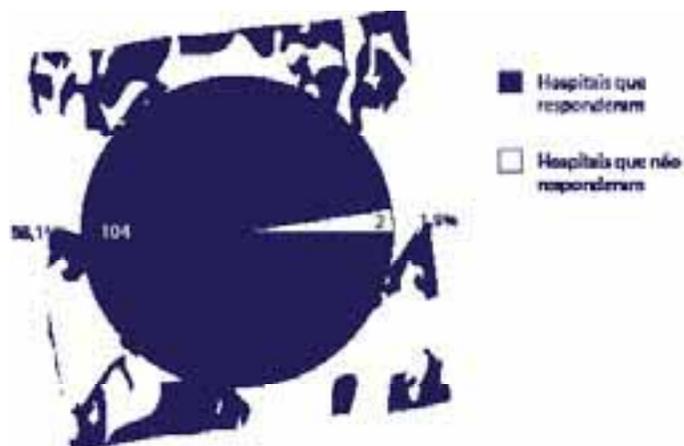
4. Apresentação dos Resultados

4.1. Hospitais Inquiridos

Foram inquiridos 106 hospitais dos quais apenas 2 (1,9%) não responderam ao questionário. A taxa de resposta global foi de 98,1% (Gráfico 1).

Gráfico 1

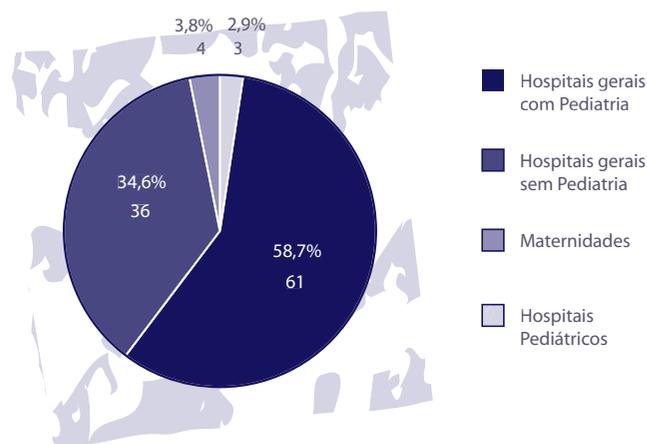
Taxa e resposta geral
(n=106)



Ao analisarmos o tipo de hospitais que responderam, verificamos que 2,9% (3) eram Hospitais Pediátricos, 3,8% (4) eram Maternidades, 34,6% (36) eram Hospitais Gerais sem Serviço de Pediatria e 58,7% (61) eram Hospitais Gerais com Serviço de Pediatria (Gráfico 2). Assim, excluindo as maternidades, responderam ao questionário 100 hospitais dos quais 64 prestavam cuidados especializados em Pediatria pois ou eram Hospitais Pediátricos (3) ou Hospitais Gerais com Serviço de Pediatria (61). Por comodidade, passaremos a denominar este grupo de hospitais como Hospitais com Pediatria. Os 2 hospitais que não responderam ao questionário foram Hospitais Gerais com Serviço de Pediatria.

Gráfico 2

Tipo de Hospitais
(n=104)



Considerando a distribuição dos hospitais que responderam ao questionário pelas Regiões de Saúde, podemos observar que na Região Norte responderam 19 hospitais com Serviço de Pediatria (1 é Hospital Pediátrico) e 8 sem Serviço de Pediatria, na Região Centro responderam 18 hospitais com Serviço de Pediatria (1 é Hospital Pediátrico) e 13 sem Serviço de Pediatria, na Região de Lisboa e Vale do Tejo responderam 18 hospitais com Serviço de Pediatria (1 é Hospital Pediátrico) e 13 sem Serviço de Pediatria, na Região Alentejo responderam 4 hospitais com Serviço de Pediatria e 1 sem Serviço de Pediatria, na Região do Algarve responderam 2 hospitais com Serviço de Pediatria e 1 sem Serviço de Pediatria e nas Ilhas responderam 3 hospitais com Serviço de Pediatria (Quadro 1).

Quadro 1

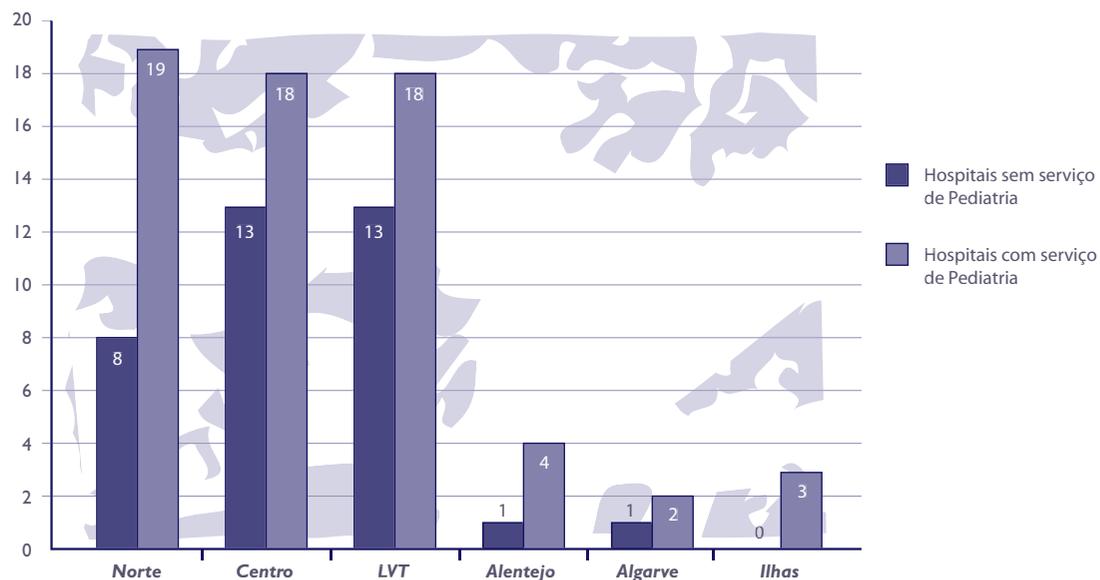
Nº de Hospitais respondidos por tipo por região (n=104)

Tipo de Hospital	Norte	%	Centro	%	LVT	%	Alentejo	%	Algarve	%	Ilhas	%
Hospitais Pediátricos	1	3,6	1	3,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hospitais gerais com Pediatria	18	64,3	17	51,5	17	53,1	4	80,0	2	66,7	3	100,0
Hospitais gerais sem Pediatria	8	28,6	13	39,4	13	40,6	1	20,0	1	33,3	0	0,0
Maternidades	1	3,6	2	6,1	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	28	100,0	33	100,0	32	100,0	5	100,0	3	100,0	3	100,0

Considerando as três maiores Regiões de Saúde do País, foi na Região Norte que a percentagem de Hospitais com Pediatria foi maior (70,4%), comparativamente com as Regiões Centro e de Lisboa e Vale do Tejo (58,1% em ambos os casos). Nas outras regiões, o número total de hospitais era diminuto e portanto a percentagem de Hospitais com Pediatria foi elevada: 80% no Alentejo, 66,7% no Algarve e 100% nas Ilhas (Gráfico 3).

Gráfico 3

Tipo de hospitais por região (n=100)



Quase um terço dos Hospitais inquiridos não forneceu informação relativamente à sua lotação. Dos 72 respondentes, a maioria (56,9%) tinha uma lotação que se situava entre 100 e 399 camas, seguindo-se o grupo de hospitais com lotação menor do que 100 camas que

representou 20,8% do total e o grupo dos hospitais com lotação situada entre 400 e 699 camas que representou 19,4% do total. Existiam 2 hospitais com 1000 ou mais camas (Quadro 2).

Quadro 2

Lotação dos Hospitais (n=72)

Lotação	Nº de Hospitais	%
< 100 camas	15	20,8
de 100 a 399 camas	41	56,9
de 400 a 699 camas	14	19,4
de 700 a 999 camas	0	0,0
1000 e mais camas	2	2,8
Total	72	100

4.2. Hospitais com Pediatria

Conforme foi referido anteriormente, decidiu-se apresentar os resultados do estudo relativamente aos Hospitais Gerais com Serviço de Pediatria e Hospitais Pediátricos em conjunto, correspondendo a um total de 64 hospitais. Sempre que se justificar, os dados dos Hospitais Pediátricos (3 Hospitais) serão apresentados e comentados à parte, mas sempre no contexto que estamos a referir.

4.2.1 Aspectos Gerais

Quando consideramos a lotação dos Serviços de Pediatria (não responderam a esta questão 7 hospitais, entre os quais os 3 Hospitais Pediátricos), observamos que a maioria (68,0%) tinha entre 10 e 39 camas, seguindo-se o grupo de hospitais que tinha entre 40 e 69 camas (24,6%). Dois destes hospitais tinham 100 ou mais camas (Quadro 3).

Quadro 3

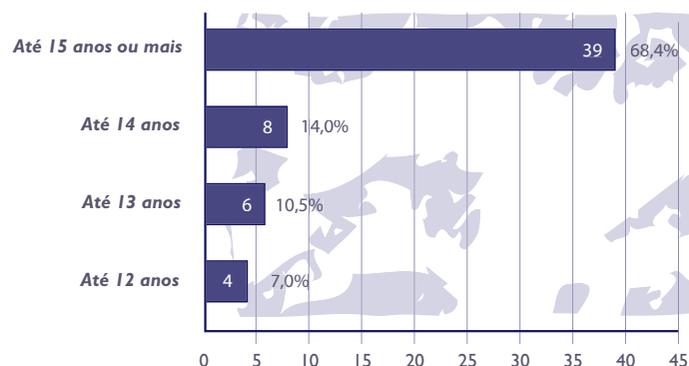
Lotação dos Serviços de Pediatria (n=57)

Lotação	Nº de Hospitais	%
< 10 camas	1	1,8
de 10 a 39 camas	39	68,4
de 40 a 69 camas	14	24,6
de 70 a 99 camas	1	1,8
100 e mais camas	2	3,5
Total	57	100

No que se refere à idade de internamento em Pediatria, 57 dos 64 hospitais com Pediatria responderam a esta questão, incluindo os Hospitais Pediátricos. Dos respondentes, 7,0% (4) internavam em Pediatria crianças até aos 12 anos, 10,5% (6) até aos 13 anos, 14,0% (8) até aos 14 anos e 68,4% (39) internavam até aos 15 e mais anos. Os Hospitais Pediátricos estavam incluídos neste último grupo (Gráfico 4).

Gráfico 4

Idade de Internamento em Pediatria - 57 Hospitais -



4.2.2. Unidades Operativas

Considerámos unidades operativas a urgência pediátrica autónoma, o hospital de dia, a unidade canguru/roming-in, o berçário e a unidade de adolescentes.

Como podemos verificar no Quadro 4, a existência de uma urgência pediátrica autónoma foi referida por 71,9% (46) dos hospitais com Pediatria. A maioria destas urgências, 84,8% (39), atendia toda a patologia pediátrica, as restantes 15,2% (7) não o faziam.

Quadro 4

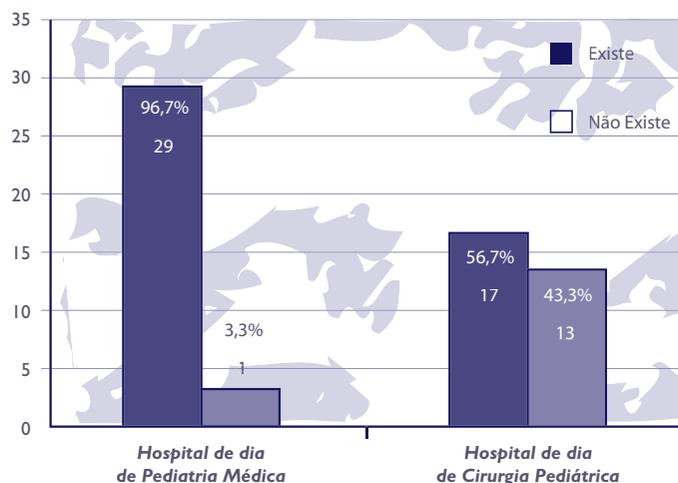
Unidades Operativas nos Hospitais com Pediatria (n=64)

Unidades Operativas	EXISTE		NÃO EXISTE	
	Nº Hospitais	%	Nº Hospitais	%
Urgência pediátrica autónoma	46	71,9	18	28,1
Hospital de dia	30	46,9	34	53,1
Unidade canguru/romingin	24	37,5	40	62,5
Berçário	33	51,6	31	48,4
Unidade de Adolescentes	11	17,2	53	82,8

A existência de um **hospital de dia** foi referida por 46,9% (30) dos Hospitais com Pediatria, não existindo em 53,1% (34) dos hospitais (Quadro 4). A grande maioria dos hospitais de dia, 96,7% (29), estava ligada à Pediatria Médica, enquanto que 56,7% dos hospitais de dia (17) estava ligada à Pediatria Cirúrgica. Assim, 1 hospital de dia não tinha ligação à Pediatria Médica e 43,3% (13) dos hospitais de dia não tinha ligação à Pediatria Cirúrgica. Os Hospitais Pediátricos tinham hospital de dia associado às duas valências (Gráfico 5).

Gráfico 5

Tipo de Hospital de dia
(30 hospitais)



A existência de unidade **canguru / roming** in foi referida por 37,5% (24) dos Hospitais com Pediatria, sendo um deles Hospital Pediátrico. O **berçário** foi referido por 51,6% (33) dos hospitais com Pediatria, não existindo nos restantes 48,4% (31). Apenas 17,2% (11) do número total de hospitais com Pediatria referiu ter **unidade de adolescentes**, onde se inclui 1 Hospital Pediátrico (Quadro 4).

4.2.3. Recursos Humanos

As classes profissionais cuja existência se pretendia conhecer encontravam-se distribuídas em percentagens diferentes pelos hospitais. Os 3 Hospitais Pediátricos tinham todas as classes profissionais consideradas no estudo, com exceção de enfermeiro supervisor que existia num dos hospitais pediátricos. É de assinalar que a especialidade de Pedopsiquiatria existia em 35,9% dos hospitais com Pediatria e que existiam psicólogos em 59,4% do número total de hospitais com Pediatria (Quadro 5).

Quadro 5

Hospitais com Pediatria - Recursos Humanos (n=64)

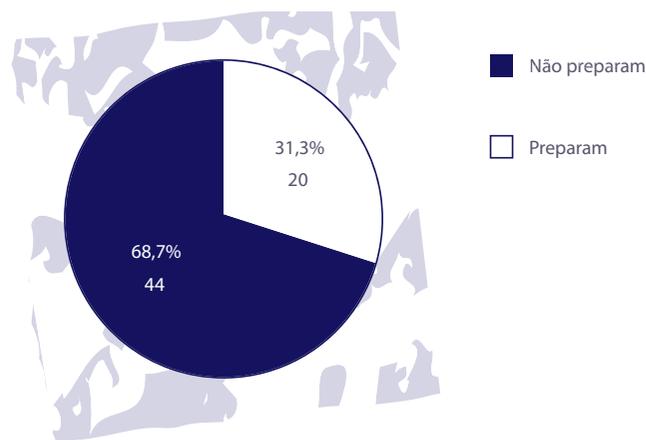
Profissional	Nº de Hospitais com...	%
Enfermeiro Supervisor	19	29,7
Enfermeiro chefe	57	89,1
Assistente social	56	87,5
Psicólogo	38	59,4
Pedopsiquiatria	23	35,9
Educador de Infância	44	68,8
Professor	14	21,9

4.2.4. Recepção, Informação e Comunicação

Procurou-se conhecer a forma como os hospitais com Pediatria procediam perante um internamento. A **preparação para o internamento** constitui um programa em 31,3% (20) do número total de hospitais com Pediatria, incluindo-se neste grupo 1 Hospital Pediátrico. Os restantes 68,7% (44) não dispunham de programa de preparação para o internamento (Gráfico 6).

Gráfico 6

Preparação para o internamento
- 64 Hospitais -



O fornecimento de **informação sobre o internamento** foi referido por 90,6% (58) dos hospitais com Pediatria (Quadro 6). Num hospital, a informação era exclusivamente dirigida às crianças, noutros 7 casos era dirigida exclusivamente aos pais e nos restantes 50 hospitais, a informação destinava-se a pais e crianças. Os 3 Hospitais Pediátricos forneciam informação aos pais, sendo que 2 dirigiam a informação também à criança.

Quadro 6

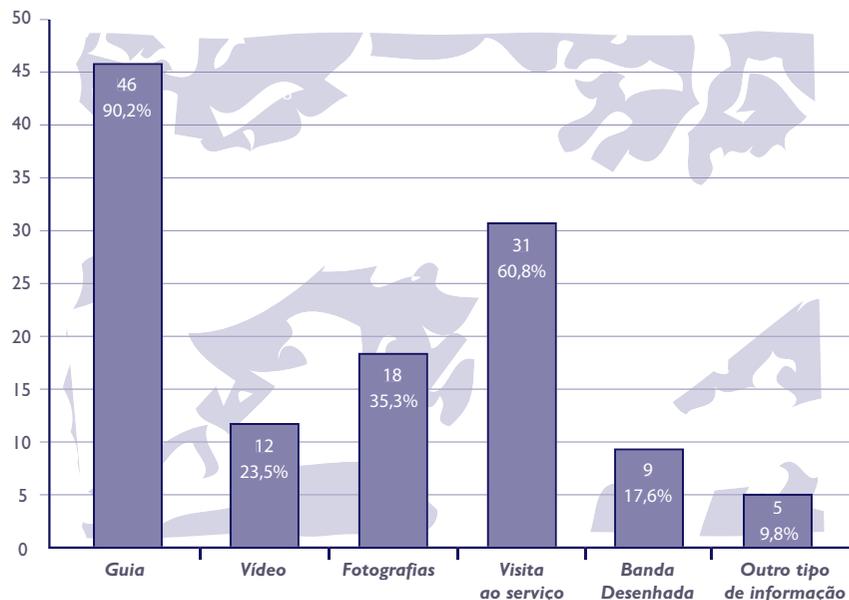
Hospitais com Pediatria - Existência de informação sobre o internamento (n=64)

Informação sobre o internamento	Informação para pais e/ou criança	%
É fornecida informação	58	90,6
Não é fornecida informação	6	9,4
Total	64	100,0

Relativamente ao modo com é transmitida a informação à criança sobre o internamento, 90,2% (46) do número total de hospitais com Pediatria utilizava o guia de acolhimento, 60,8% (31) realizava uma visita ao serviço (nos quais se incluem dois hospitais pediátricos), 35,3% (18) utilizava fotografias, 23,5% (12) vídeo, 17,6% (9) banda desenhada e 9,8% (5) utilizava outro tipo de meios (Gráfico 7).

Gráfico 7

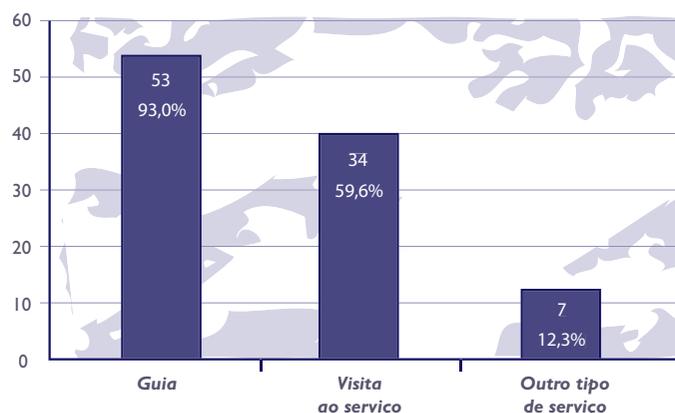
Meio de informação
para a criança
- 51 Hospitais -



Relativamente ao modo como era transmitida a informação aos pais sobre o internamento, 93,0% (53) do número total de hospitais com Pediatria utilizava um guia de acolhimento, 59,6% (34) uma visita ao serviço (nos quais se incluem dois hospitais pediátricos) e 12,3% (7) utilizavam outro tipo de meios (Gráfico 8).

Gráfico 8

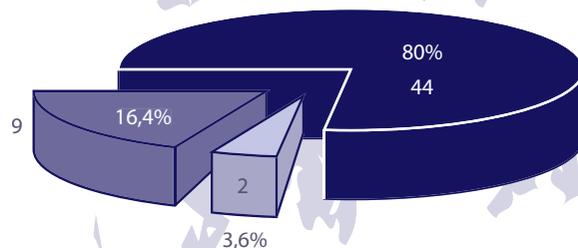
Meio de informação
para os pais
- 57 Hospitais -



Com base nos valores apresentados no Gráfico 9, verificou-se que 85,9% (55) dos Hospitais com Pediatria referia a existência de um Guia de Acolhimento para as crianças e/ou pais. Para 9 hospitais, o guia de acolhimento era exclusivo para os pais e em 2 hospitais era exclusivamente para crianças. Nos restantes 44 hospitais, o guia dirigia-se a ambos (Gráfico 9).

Gráfico 9

Guia de acolhimento nos hospitais com pediatria destinado às crianças e/ou pais - 55 Hospitais -



- O guia destina-se a crianças e a pais
- O guia destina-se exclusivamente a pais
- O guia destina-se exclusivamente a crianças

Havia 3 hospitais (4,7%) que referiram não dispor de procedimentos para **comunicar com crianças estrangeiras**. Dos restantes 61, a maioria (93,4%) recorria a recursos locais para o fazer e 21,3% (13) dispunha de intérprete. No caso dos Hospitais Pediátricos, todos referiram ter procedimentos para comunicar com crianças estrangeiras, sendo que 1 deles utilizava intérprete e os outros 2 utilizavam recursos locais (Quadro 7).

Quadro 7

Hospitais com Pediatria - Tipo de procedimentos existentes para comunicar com crianças estrangeiras (n=64)

Tipo de procedimentos	Nº de Hospitais	%
Existem procedimentos para comunicar com famílias que não falem português	61	95,3
Intérprete	13	21,3
Recursos Locais	57	93,4
Outro meio	7	11,5
Não existem procedimentos para comunicar com famílias que não falem português	3	4,7
Total	64	100,0

Dos hospitais inquiridos, 82,8% (53) referiu dispor de **meios para os pais comunicarem com a equipa de saúde**, sendo que 24,5% (13) utilizava um livro próprio de registo e 3,8% (2) utilizava um quadro de registo. No que se refere aos hospitais Pediátricos, 2 dispunham de meios para o fazer, sendo que num deles existia um livro próprio de registo. Identificou-se 1 Hospital Pediátrico que não dispunha de

qualquer meio para os pais poderem comunicar com a equipa de saúde.

No que se refere à existência de **formação para os profissionais sobre acolhimento**, verificou-se que esta existia em 57,8% (37) do número total de hospitais com Pediatria, o que não se verificou em 42,2% (27). Todos os Hospitais Pediátricos organizavam acções de formação sobre acolhimento.

4.2.5. Caracterização do Internamento

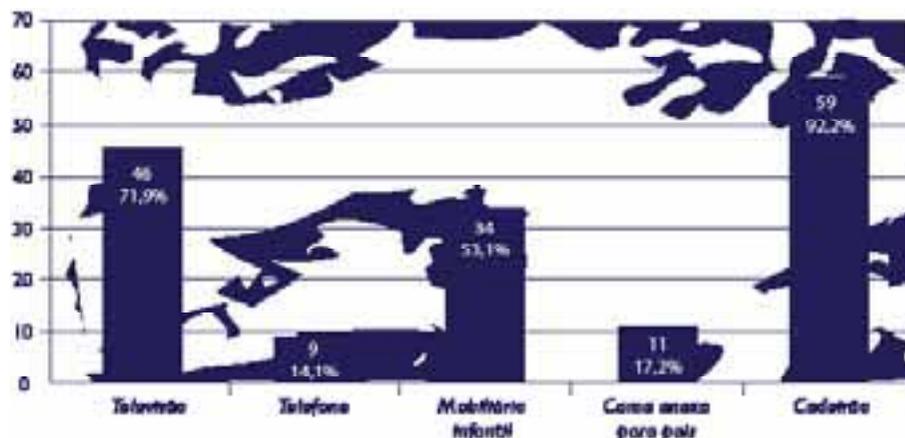
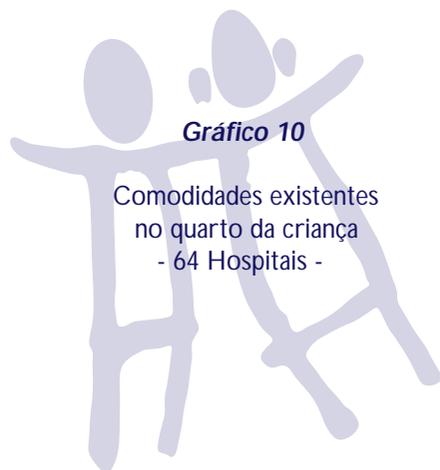
A existência de **quartos individuais** para as crianças foi referida por 64,1% (41) do número total de Hospitais com Pediatria, enquanto que 35,9% (23) referiu não dispor deste tipo de quartos, incluindo-se neste grupo 2 Hospitais Pediátricos (Quadro 8).

Quadro 8

Caracterização do Internamento (n=64)

Características	EXISTE		NÃO EXISTE	
	Nº Hospitais	%	Nº Hospitais	%
Quarto Individual	41	64,1	23	35,9
Personalização do quarto	33	51,6	31	48,4
Utilização de roupa própria	56	87,5	8	12,5

Questionados sobre a personalização dos quartos das crianças, 51,6% (33) do número total de hospitais com Pediatria referiu que esta existia, incluindo-se neste grupo 2 Hospitais Pediátricos. 48,4% (31) dos hospitais referiu que os quartos não eram personalizados. A utilização de roupa própria pela criança não era permitida em 12,5% (8) hospitais, sendo permitida nos restantes, onde se incluem todos os Hospitais Pediátricos (Quadro 8). Relativamente às comodidades existentes nos quartos, 92,2% (59) dos hospitais referiu dispor de um cadeirão, 71,9% (46) de televisão e 53,1% (34) de mobiliário infantil. 2 Hospitais Pediátricos referiram a existência deste tipo de mobiliário. Em 17,2% (11) do número total de hospitais com Pediatria era apontada a existência de uma cama anexa e em 14,1% (9) de um telefone. Nenhum Hospital Pediátrico referiu a existência de telefone ou cama anexa no quarto da criança (Gráfico 10).



4.2.5.1. Presença dos Pais no Hospital

A presença dos pais junto da criança no internamento não sofria qualquer limitação horária em 92,1% (58) do número total de hospitais com Pediatria, incluindo nos Hospitais Pediátricos. Em 7,9% (5) dos casos, a presença dos pais era limitada (Quadro 9).

Quadro 9

Presença dos pais no hospital

Características	EXISTE		NÃO EXISTE	
	Nº Hospitais	%	Nº Hospitais	%
Limitações à presença dos pais no internamento (n=63)	5	7,9	58	92,1
Limitações à presença dos familiares (n= 62)	59	95,2	3	4,8
Autorização de visitas de menores de 12 anos (n=62)	43	69,4	19	30,6
Encorajamento da participação dos pais durante os cuidados básicos (n=64)	58	90,6	6	9,4
Presença dos pais nos exames e cuidados médicos (n=64)	61	95,3	3	4,7
Quartos tipo “mãe-criança” (n=63)	20	31,7	43	68,3

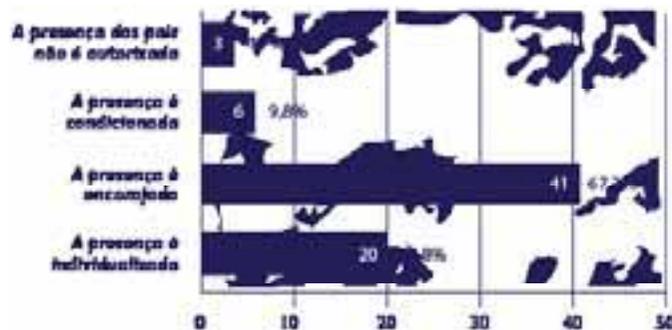
Dos 62 hospitais que responderam a esta questão, 95,2% (59) referiu a existência de limitações de horário para a presença (visita) de familiares e amigos da criança no internamento, estando incluídos neste grupo os 3 Hospitais Pediátricos. A presença sem limitação horária ocorria em 4,8% (3) hospitais. Questionados sobre se autorizavam visitas de menores de 12 anos às crianças internadas, 69,4% (43) do grupo dos hospitais com Pediatria, incluindo todos os Hospitais Pediátricos, referiu autorizá-las, enquanto que 30,6% (19) referiu não autorizar estas visitas (Quadro 9).

A presença dos pais durante os cuidados básicos à criança (higiene, alimentação...) era encorajada em 90,6% (58) do número total de hospitais com Pediatria, incluindo os Hospitais Pediátricos, enquanto 9,4% (6) dos hospitais não a preconizavam (Quadro 9).

Verificou-se que a presença dos pais durante os exames e cuidados médicos não era autorizada em 4,7% (3) dos hospitais. Dos 61 hospitais restantes, 67,2% (41) encorajava esta presença, 32,8% (20) afirmou que tal presença era individualizada e 9,8% (6) afirmou que a presença dos pais era condicionada. Cada uma destas três categorias inclui 1 Hospital Pediátrico (Gráfico 11).

Gráfico 11

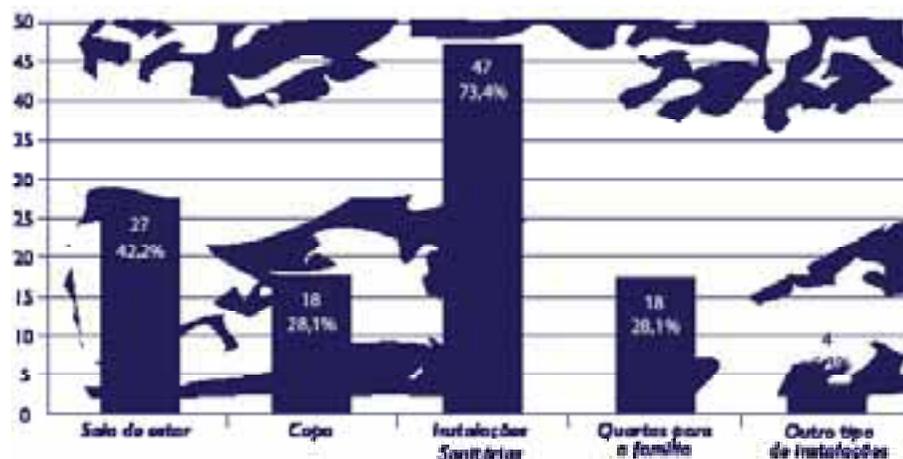
Presença dos pais durante os exames e cuidados médicos nos hospitais com pediatria - 64 Hospitais -



Verificou-se que em 68,3% (43) do número total de hospitais com Pediatria não existiam quartos tipo mãe/criança, integrando este grupo 2 Hospitais Pediátricos. Nos restantes 20 hospitais (31,7% do número total de hospitais com Pediatria) existia esse tipo de quartos (Quadro 9). No que se refere à existência de instalações destinadas aos pais, verificou-se que existiam instalações sanitárias próprias para pais em 73,4% (47) dos hospitais (integra os 3 Hospitais Pediátricos), sala de estar para a família em 42,2% (27) dos hospitais (inclui os 3 Hospitais Pediátricos), copa em 28,1% (18) (inclui 1 Hospital Pediátrico) e quartos próprios para a família em igual percentagem (inclui 2 Hospitais Pediátricos). Havia 6,3% (4) do número total de hospitais com Pediatria que referiu a existência de outro tipo de instalações (inclui 1 Hospital Pediátrico).

Gráfico 12

Instalações existentes para os pais nos hospitais com pediatria e pediátricos - 64 Hospitais -



4.2.5.2. Apoios Complementares

4.2.5.2.1 A Sala de Brincar

A existência de **sala de brincar** foi referida por 92,2% (59) dos hospitais. Os restantes 5 hospitais (7,8% do número total de hospitais com pediatria) referiram não dispor de tal espaço. As salas de brincar referidas dispunham de pelo menos um Educador de Infância em 74,6% (44) dos casos e não dispunham de qualquer Educador de Infância em 25,4% (15) dos casos. Todos os Hospitais Pediátricos tinham sala de brincar com pelo menos um Educador de infância (Quadro 10).

Quadro 10

Sala de brincar (n=59)

Características	EXISTE		NÃO EXISTE	
	Nº Hospitais	%	Nº Hospitais	%
Sala de brincar (n=64)	59	92,2	5	7,8
Educador de infância	44	74,6	15	25,4
Sala comum a diversos serviços	4	6,8	55	93,2
Abertura diária (n=57)	44	77,2	13	22,8
Abertura 24h	31	52,5	28	47,5
Ludoteca associada	23	39,0	36	61,0
Jardim ou terraço para brincar	18	30,5	41	69,5

Na grande maioria dos hospitais que dispunham de sala de brincar, 93,2% (55), esta sala de brincar não era comum a vários serviços, enquanto que em 6,8% (5) dos casos ela era comum a vários serviços. Incluem-se neste último grupo 2 Hospitais Pediátricos (Quadro 10). Quanto ao **horário da sala de brincar**, em 77,2% (44) do número de hospitais com sala de brincar, esta **abria todos os dias**, incluindo-se neste grupo 1 Hospital Pediátrico. A sala de brincar estava **sempre aberta** em 52,5% (31) dos hospitais e tinha restrições de horário em 47,5% (28) dos casos, incluindo-se neste grupo 2 Hospitais Pediátricos (Quadro 10). Havia 2 hospitais que afirmaram que a sala de brincar só abria ao fim de semana.

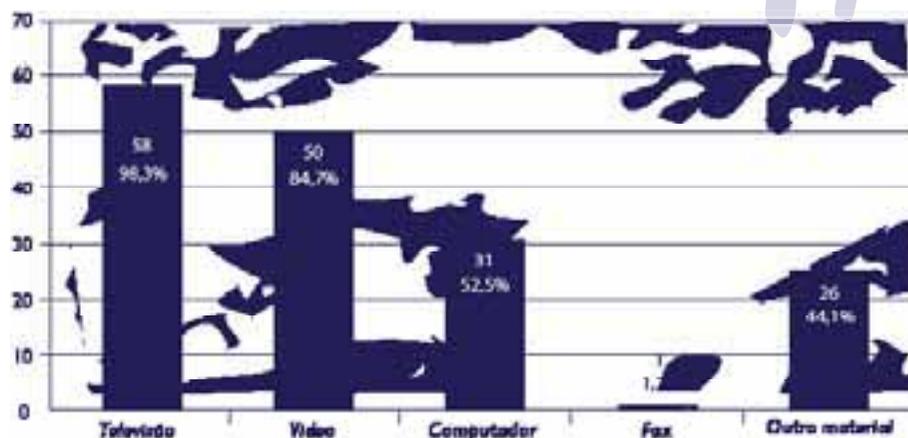
Em 39% (23) dos hospitais com este tipo de equipamento, a sala de brincar tinha uma **ludoteca** associada, incluindo-se neste grupo 2 Hospitais Pediátricos (Quadro 10).

A existência de um jardim ou terraço que permitisse às crianças brincar foi referida por 30,5% (18) dos hospitais e não existia em 69,5% (41), incluindo-se neste grupo 1 Hospital Pediátrico (Quadro 10).

Quando questionados sobre o **tipo de material** existente na sala de brincar, 98,3% (58) dos hospitais referiu ter televisão, 84,7% (50) vídeo, 52,5% (31) computador e 44,1% (26) referiu a existência de outro tipo de material. Todos os Hospitais Pediátricos tinham na sala de brincar televisão e vídeo e 2 tinham computador (Gráfico 13).

Gráfico 13

Material da sala de brincar nos hospitais com pediatria e pediátricos - 59 Hospitais -



4.2.5.2.2. Momentos de Animação Cultural e Artística

Havia 73,4% (47) do número total de hospitais com Pediatria, onde se incluem os Hospitais Pediátricos, que referiu ter momentos de animação cultural ou artística e 26,6% (17) referiu não os ter (Quadro 11).

Quadro 11

Momentos de Animação Cultural (n=64)

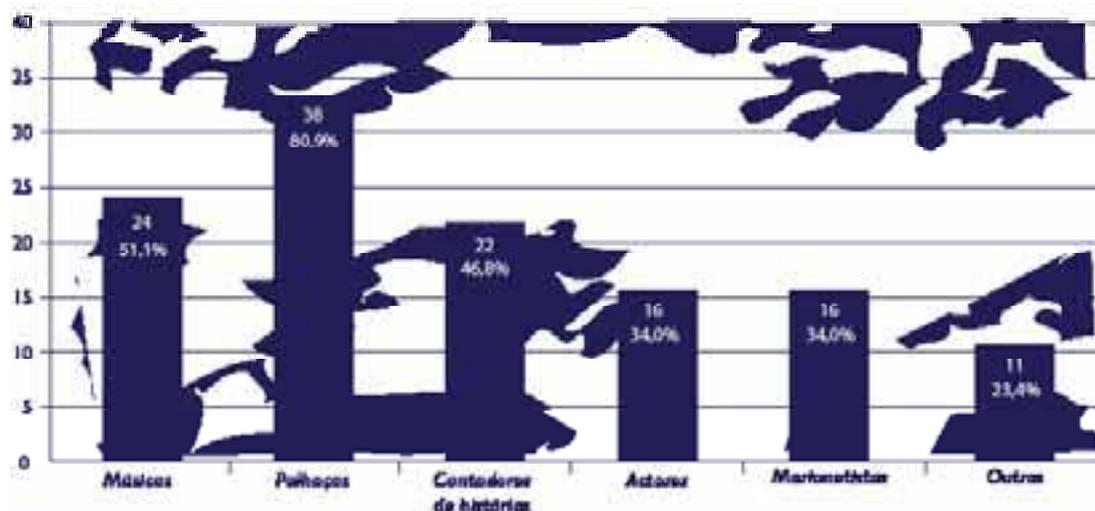
Características	EXISTE		NÃO EXISTE	
	Nº Hospitais	%	Nº Hospitais	%
Momentos de animação	47	73,4	17	26,6
Actividade regular de animação	9	19,1	38	80,9
Profissionais remunerados	7	14,9	—	—
Animadores voluntários	40	85,1	—	—

Os momentos de animação cultural e artística aconteciam de forma regular em 19,1% (9) dos hospitais, sendo 1 Hospital Pediátrico, e de forma ocasional em 80,9% (38) dos hospitais. Estas actividades eram realizadas por voluntários em 85,1% (40) dos hospitais, incluindo os Hospitais Pediátricos e por profissionais remunerados em 14,9% (7) (Quadro 11).

A animação era feita por palhaços em 80,9% (38) dos hospitais, por músicos em 51,1% (24), por contadores de histórias em 46,8% (22), por actores em 34,0% (16), por marionetistas em 34,0% (16) e por outros em 23,4% (11) (Gráfico 14).

Gráfico 14

Tipo de animações que se realizam nos hospitais
- 47 hospitais -

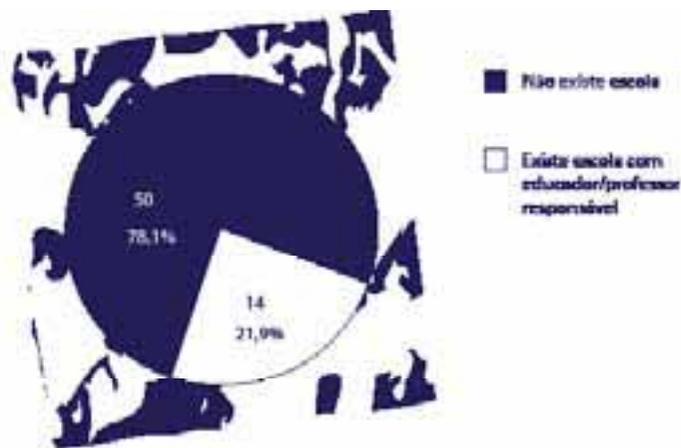


4.2.5.2.3. A Escola

Dos 64 Hospitais com Pediatria, 21,9% (14) tinham escola com professor ou educador, incluindo este grupo os Hospitais Pediátricos (Gráfico 15).

Gráfico 15

Existência de escola nos hospitais com pediatria e pediátricos
- 64 Hospitais -



Relativamente ao material existente nas escolas, todas tinham computador, 10 escolas tinham televisão, 10 tinham vídeo, 2 tinham fax e 3 tinham outro tipo de material.

A participação das escolas em actividades no hospital era variada, sendo que 6 participavam na elaboração de um jornal, igual número participava em espectáculos, 5 em exposições e 3 participavam noutras actividades. Em 8 escolas, existia participação de associações nas actividades da escola. Neste grupo, estão incluídos 2 escolas de Hospitais Pediátricos.

4.2.5.2.4. A Biblioteca

A existência de biblioteca para crianças foi referida por 39,1% (25) dos hospitais, incluindo 1 Hospital Pediátrico e não existia nos restantes. A biblioteca estava instalada em espaço próprio em 56,0% (14) dos casos, incluindo no caso do Hospital Pediátrico, o que não acontecia nas 11 (44,0%) restantes (Quadro 12).

Quadro 12

A Biblioteca (n=25)

Características	EXISTE		NÃO EXISTE	
	Nº Hospitais	%	Nº Hospitais	%
Biblioteca	25	39,1	39	60,9
Em espaço próprio	14	56,0	11	44,0
Biblioteca comum a vários serviços	8	32,0	17	68,0
Bibliotecário profissional	7	28,0	18	72,0
Responsável voluntário	13	52,0	12	48,0
Abertura diária	10	40,0	15	60,0
Abertura 24h	8	32,0	17	68,0
Empréstimo de livros	7	28,0	18	72,0

Todas as bibliotecas referidas pelos hospitais destinavam-se a crianças e 28,0% (7) serviam também os pais, não se incluindo aqui a do Hospital Pediátrico.

Das bibliotecas consideradas, 32% (8) eram comuns a vários serviços, incluindo este grupo a biblioteca do Hospital Pediátrico e 68% (17) serviam apenas um serviço. Existia um bibliotecário profissional responsável pela biblioteca em 28% (7) dos casos, não existindo nas restantes 18 bibliotecas (72% do número total de bibliotecas). Havia 52% (13) do número total de bibliotecas que tinha um responsável voluntário, estando neste caso a biblioteca do Hospital Pediátrico.

Das bibliotecas identificadas, 40,0% (10) funcionava diariamente e 60,0% (15) não abria todos os dias. Quanto ao horário de abertura, 32,0% (8) do número total de bibliotecas estava sempre aberta e 68,0% (17) tinha restrições de horário (Quadro 12). A biblioteca do Hospital Pediátrico abria todos os dias, 24 horas por dia.

Nas 25 bibliotecas consideradas, era possível requisitar material em 7 bibliotecas (28%). Destas, todas emprestavam livros, 3 emprestavam cassetes de vídeo e 1 emprestava cassetes áudio. Nenhuma emprestava material informático (Quadro 12)

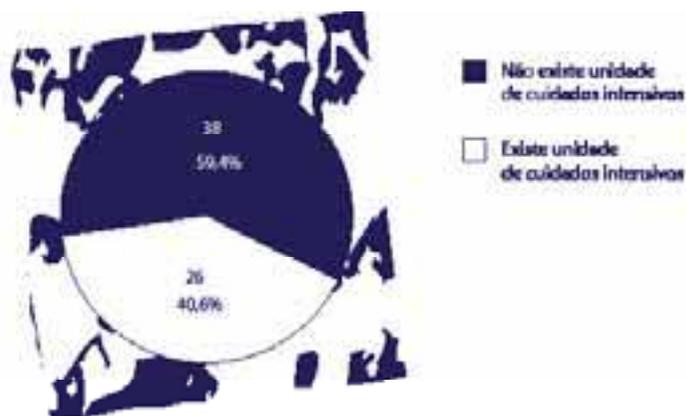
4.2.5.3. Unidades Específicas

4.2.5.3.1. Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Foi referida a existência de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em 40,6% (26) dos hospitais, incluindo os Hospitais Pediátricos, sendo que os restantes 59,4% (38) afirmaram não possuir este tipo de unidade (Gráfico 16).

Gráfico 16

Existência de unidade de cuidados intensivos nos hospitais com pediatria e pediátricos - 64 hospitais -



A **presença dos pais na UCI** era permitida sem restrições em 84,6% (22) do número de hospitais com este tipo de unidade, incluindo os Hospitais Pediátricos, e 15,4% (4) destes hospitais punha restrições à sua presença. **A participação dos pais nos cuidados básicos** na UCI era permitida sem restrições em 92,3% (24) dos hospitais com UCI, incluindo os Hospitais Pediátricos, e 7,7% (2) destes hospitais colocava restrições a esta participação. Em termos de **apoio psicológico** na UCI, foi referida a existência de pelo menos um psicólogo em 80,8% (21) dos casos, incluindo os Hospitais Pediátricos, sendo que as restantes 19,2% (5) UCI não dispunham de um profissional para prestar este tipo de cuidados. O psicólogo organizava reuniões de trabalho em 81,0% (17) dos casos, incluindo em 2 Hospitais Pediátricos, o mesmo não se passando em 19,0% (4) dos casos. Ao analisarmos o tipo de profissionais que frequentavam as reuniões organizadas pelos psicólogos nos 17 hospitais em que estes as organizavam, verificamos que em todas participavam médicos (17), em 88,2% (15) dos casos participavam assistentes sociais/técnicos do serviço social, em 82,4% (14) dos casos participavam enfermeiros. Em 29,4% (5) dos casos participavam outros técnicos de saúde e, na mesma percentagem, outros profissionais (Quadro 13).

Quadro 13

Hospitais com Pediatria - Existência de reuniões de trabalho com o Psicólogo e outros profissionais

Reuniões de trabalho com o Psicólogo	Nº Hospitais	%
São efectuadas reuniões de trabalho com o Psicólogo do serviço	17	81,0
Profissionais que colaboram nas reuniões:		
Assistentes sociais	15	88,2
Médicos	17	100,0
Enfermeiros	14	82,4
Técnicos de saúde	5	29,4
Outros profissionais	5	29,4
Não são efectuadas reuniões de trabalho com o Psicólogo do serviço	4	19,0
Total	21	100,0

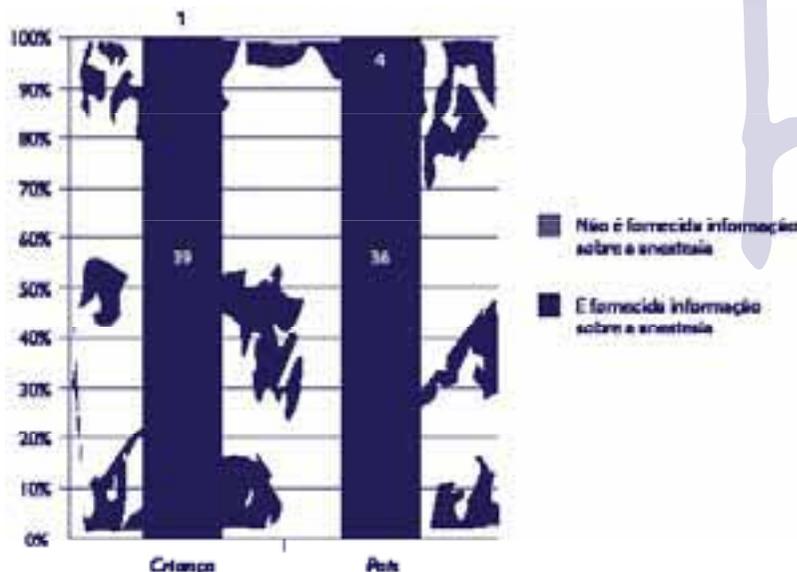
4.2.5.3.2. Cirurgia Pediátrica e Anestesia Pediátrica

Procurámos conhecer se era fornecida informação aos pais e às crianças nesta unidade. Assim, era **fornecida informação sobre a anestesia** em 62,5% (40) dos Hospitais com Pediatria, incluindo-se nestes grupos os 3 Hospitais Pediátricos.

Dos 40 hospitais que forneciam informação sobre a anestesia prevista, 1 não a fornecia à criança, fornecendo-a exclusivamente aos pais e 4 não a forneciam aos pais, fornecendo-a exclusivamente à criança. Nos Hospitais Pediátricos a informação era fornecida a pais e crianças (Gráfico 17).

Gráfico 17

Informação sobre a anestesia fornecida aos pais e criança os hospitais com pediatria - 40 Hospitais -



A informação sobre a dor pós-operatória era dada em 56,3% (36) dos Hospitais com Pediatria e não era dada em 43,8% (28) do número total de hospitais. Dos 36 hospitais que forneciam informação sobre dor pós-operatória aos pais e crianças, 5 não a forneciam à criança e todos a forneciam aos pais. Nos Hospitais Pediátricos a informação era fornecida a pais e crianças.

A presença dos pais na indução da anestesia era autorizada em 29,7% (19) dos hospitais com Pediatria e não era autorizada em 70,3% (45) dos hospitais, onde se incluem 2 Hospitais Pediátricos. A presença dos pais ao **acordar da anestesia** no recobro era autorizada em 57,8% (37) dos hospitais com Pediatria, incluindo os Hospitais Pediátricos, e não era autorizada em 42,2% (27) dos casos. Era fornecida **informação sobre a cirurgia** em 57,8% (37) do número total de hospitais com Pediatria, incluindo-se neste grupo os Hospitais Pediátricos (Quadro 14).

Quadro 14

Informação sobre a cirurgia (n=64)

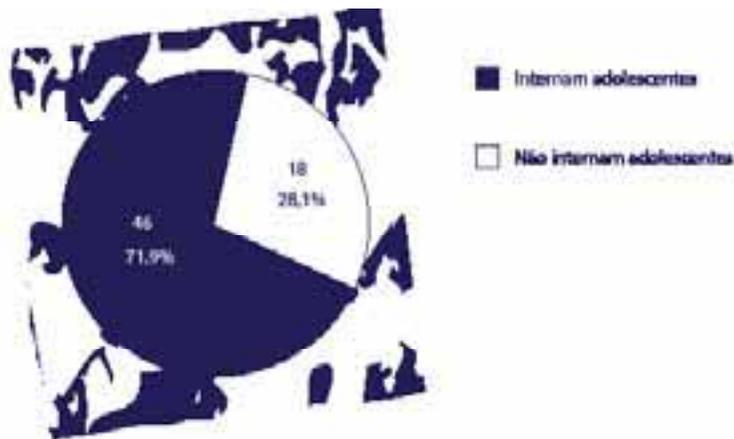
Informação sobre a cirurgia	Nº Hospitais	%
É fornecida informação sobre a cirurgia	37	57,8
aos pais	37	100,0
à criança	36	97,3
Não é fornecida informação sobre a cirurgia	27	42,2
Total	64	100,0

4.2.5.3.3. Internamento de Adolescentes

Existe internamento de adolescentes em 71,9% (46) dos hospitais com Pediatria, incluindo os Hospitais Pediátricos (Gráfico 18).

Gráfico 18

Internamento de adolescentes
nos hospitais com pediatria e pediátricos
- 64 Hospitais -



A existência de **equipa própria para adolescentes** foi referida por 26,1% (12) dos hospitais que internavam adolescentes, incluindo Hospital Pediátrico. Havia 73,9% (34) do número total de hospitais que internavam adolescentes que não dispunha deste tipo de recurso. Quanto à existência de **unidade própria para adolescentes**, esta foi referida por 23,9% (11) dos hospitais que internavam adolescentes, incluindo 1 Hospital Pediátrico, sendo que os restantes 76,1% (35) não tinham este tipo de recurso.

Todos os hospitais que internavam adolescentes forneciam **informação sobre a doença**. Analisando as estratégias que utilizavam para informar os adolescentes sobre a sua doença, verificou-se que todos os hospitais com Pediatria o faziam oralmente, 15,2% (7) utilizavam documentos e 6,5% (3) faziam-no de outro modo (Quadro 15). Os Hospitais Pediátricos transmitiam informação exclusivamente oral.

Quadro 15

Hospitais com Pediatria que internam adolescentes - informação sobre a doença

Informação sobre a doença	Nº Hospitais	%
É fornecida informação sobre a doença ao adolescente	46	100,0
Oralmente	46	100,0
Através de documentos	7	15,2
Outro meio	3	6,5
Não é fornecida informação sobre a doença ao adolescente	0	0,0
Total	46	100,0

Questionados sobre se o **número de dias de internamento era negociado** com os adolescentes, 37,0% (17) dos Hospitais com Pediatria, incluindo 1 Hospital Pediátrico, referiu que existia essa prática e 63,0% (29) afirmaram que não existia tal prática. **A solicitação de consentimento ao adolescente** para o internamento acontecia em 54,3% (25) dos Hospitais com Pediatria que internavam adolescentes, incluindo-se neste grupo 2 Hospitais Pediátricos. Do conjunto de hospitais que afirmaram solicitar o consentimento para o

internamento ao adolescente, 20,0% (5) não seguiam este procedimento de forma sistemática.

Dos hospitais que internavam adolescentes, existia informação preparada sobre aspectos gerais de saúde para distribuir aos adolescentes em 41,3% (19). Nenhum Hospital Pediátrico referiu a existência deste tipo de informação. A informação versava sobre diversos temas de saúde havendo uma forte componente de informação relativa à problemática relacionada com os comportamentos sexuais (Quadro 16).

Quadro 16

Hospitais com Pediatria que internam adolescentes - existe informação sobre problemas de saúde (n=46)

Informação sobre problemas de saúde do adolescente	Nº Hospitais	%
Existe informação sobre problemas de saúde	19	41,3
gravidez, contraceção, aborto	11	57,9
doenças sexualmente transmissíveis	11	57,9
toxicofilia	8	42,1
suicídio	5	26,3
outros temas	13	68,4
Não existe informação sobre problemas de saúde	27	58,7
Total	46	100,0

Era permitido ao adolescente ausentar-se do serviço em 43,5% (20) dos Hospitais com Pediatria que internavam adolescentes, incluindo 2 Hospitais Pediátricos. Tal não era permitido em 26 casos (56,5% do número total de hospitais com pediatria que internam adolescentes). O adolescente podia ausentar-se sozinho em 5 hospitais, sendo um deles um Hospital Pediátrico.

4.2.6. Maus Tratos

A existência de uma estrutura de apoio a vítimas de maus tratos foi referida por 48,4% (31) dos hospitais com serviços de Pediatria, incluindo 1 Hospital Pediátrico, sendo que os restantes 51,6% (33) não dispunha deste recurso. A maioria destas estruturas (83,9%) situava-se no próprio serviço de Pediatria (Quadro 17).

Quadro 17

Hospitais com Pediatria - Estrutura de acolhimento de crianças vítimas de maus tratos

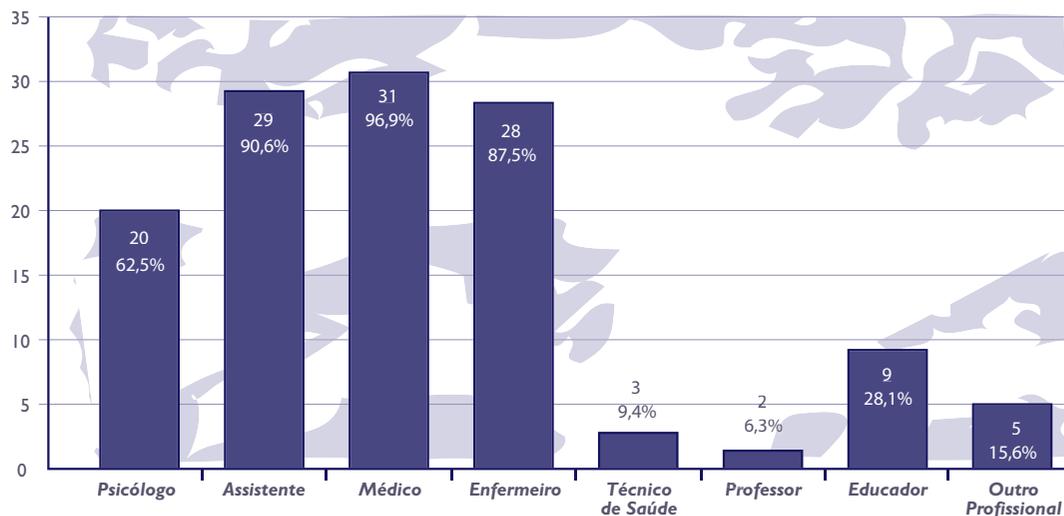
Estrutura de apoio aos maus tratos	Nº Hospitais	%
Existe estrutura para os maus tratos	31	48,4
Situada no Serviço	26	83,9
Situada no Hospital (e não no Serviço)	5	16,1
Não existe estrutura para os maus tratos	33	51,6
Total	64	100,0

A existência de um **profissional de referência para os casos de maus tratos** foi referida por 50,0% (32) dos Hospitais com Pediatria, incluindo 1 Hospital Pediátrico, sendo que os restantes 50,0% (32) não dispunha de um profissional com essas funções no hospital.

Ao analisarmos o tipo de profissionais que colabora com o profissional de referência na resolução dos casos de maus tratos, podemos verificar que os médicos o faziam na grande maioria dos casos (31 casos, 96,9%), os assistentes sociais em 90,6% (30) dos casos, os enfermeiros em 87,5% (28) dos casos e os psicólogos em 62,5% (20) dos casos. Existia um menor envolvimento dos educadores de infância, 28,1% (9) dos casos, de outros profissionais, 15,6% (5) dos casos, de outros técnicos de saúde em 9,4% (3) dos casos e de professores em 6,3% (2) dos casos (Gráfico 19).

Gráfico 19

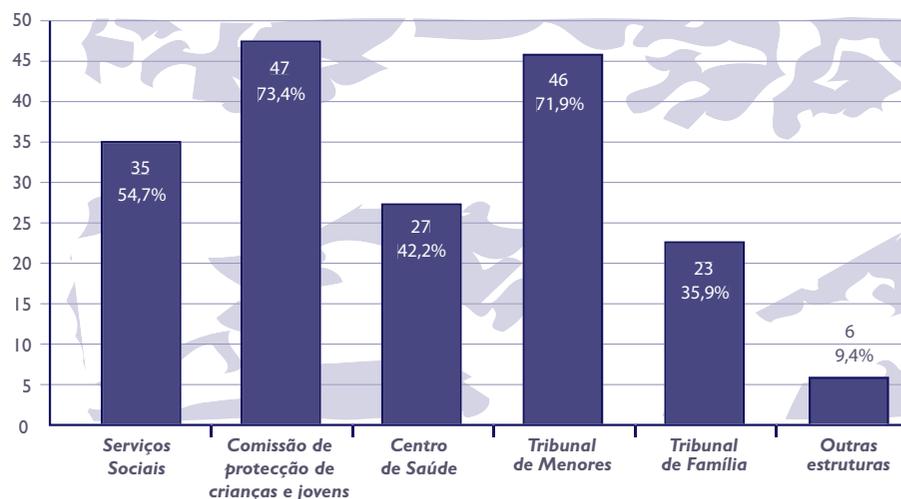
Tipo de profissionais que colaboram no encaminhamento dos casos de maus tratos
- 32 Hospitais -



Quanto ao tipo de estruturas que colaboravam com o hospital no encaminhamento dos casos de maus tratos, pudemos verificar que a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens o fazia em 73,4% (47) dos casos, o Tribunal de Menores em 71,9% (46), os Serviços Sociais em 54,7% (35), o Centro de Saúde em 42,2% (27), o Tribunal de Família em 39,5% (23) e outras estruturas em 9,4% (6) dos casos (Gráfico 20).

Gráfico 20

Tipo de estruturas que colaboram com o hospital no encaminhamento dos casos de maus tratos
- 64 Hospitais -



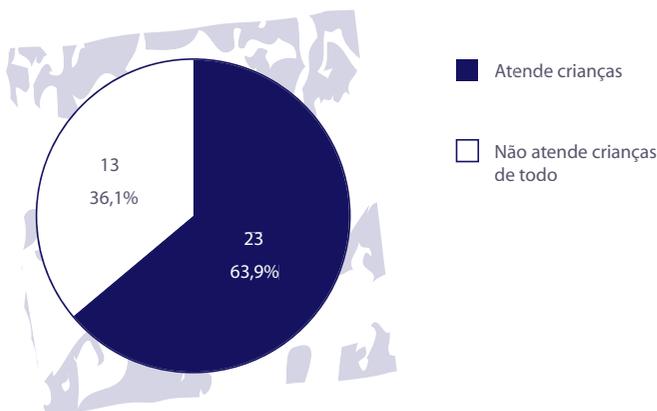
4.3. Hospitais sem Serviço de Pediatria

Paralelamente à análise efectuada relativamente ao grupo dos hospitais com Pediatria, procurámos caracterizar como era efectuado o atendimento a crianças nos hospitais em que não existia serviço de Pediatria.

Dos 36 hospitais que não tinham serviço de Pediatria, 63,9% (23) atendia crianças e 36,1% (13) não atendia crianças em nenhuma circunstância (Gráfico 21). Daqueles, 91,3% (21) não referiu limite de idade para o atendimento e 8,7% (2) limitam a idade de atendimento.

Gráfico 21

Caracterização do atendimento de crianças em Hospitais sem pediatria - 36 Hospitais -



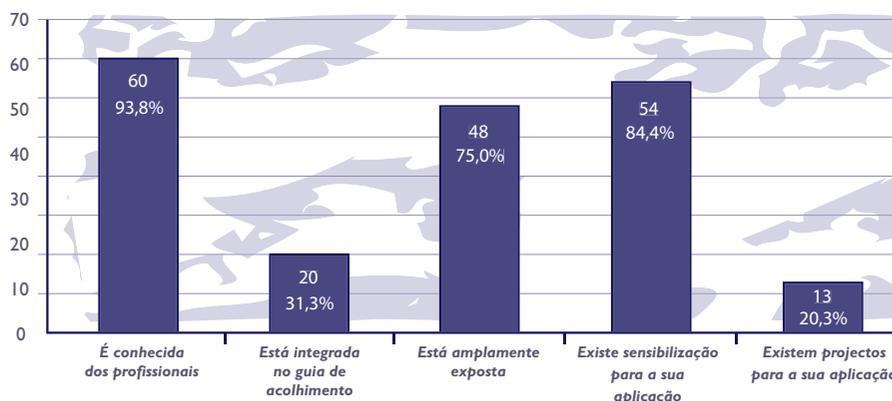
Dos 23 hospitais sem serviço de Pediatria que atendiam crianças, 73,9% (17) atendia crianças na Urgência, 52,2% (12) na consulta externa, 13,0% (3) no internamento e 13,0% (3) referiu outro tipo de atendimento.

4.4. Carta da Criança Hospitalizada

Foram colocadas várias questões sobre a Carta da Criança Hospitalizada aos hospitais com pediatria e pediátricos. Destes, 93,8% (60) referiu que a carta é conhecida dos profissionais, 84,4% (54) referiu existir sensibilização/formação para a sua aplicação e 75,0% (48) referiu que a Carta estava amplamente exposta. Havia 31,3% (20) dos hospitais com pediatria que referiu que a Carta estava integrada no seu guia de acolhimento e 20,3% (13) dispunha de projectos para a sua aplicação. Não foram referidos projectos para a aplicação da Carta nos Hospitais Pediátricos e a Carta não estava integrada no guia de acolhimento num destes 3 casos (Gráfico 22).

Gráfico 22

A Carta da Criança hospitalizada nos hospitais com pediatria e pediátricos - 64 Hospitais -



5. Discussão

O presente estudo pretende fazer uma descrição da realidade do País relativamente às questões de acolhimento e humanização dos cuidados à Criança nos hospitais portugueses, condições essas que decorrem dos direitos da criança consignados na Carta da Criança Hospitalizada (CCH). Estas questões começaram a constituir preocupação para os serviços e profissionais de saúde nos anos 40 e para melhor compreendermos o quanto se evoluiu nos últimos 50 anos, nada como citar Alice Gentil Martins (1991) “Em 1955, num serviço pediátrico de um hospital escolar, às 15 horas da tarde eram fechadas à chave as portas envidraçadas das enfermarias, os pais das crianças entravam de roldão pelos corredores fora, e a seguir assistia-se às tentativas alucinadas das crianças e pais chorando e tentando tocar-se e comunicar através dos vidros!”

Sentimos e verificámos que a realidade descrita por estas palavras pertence ao passado. O contexto actual e os dados que recolhemos permitem-nos afirmar que houve progressos e confirmam a actualidade das palavras de Maria de Lourdes Levy proferidas em 1991: “O que nos parece certo é que o movimento tendente à humanização dos serviços de atendimento à criança é irreversível.”

Lembramos que este questionário se revelou mais adequado para os Hospitais Gerais do que para os Hospitais Pediátricos, uma vez que todo ele é feito na base da existência ou não de um Serviço de Pediatria.

Também o facto das respostas terem sido solicitadas apenas a um responsável da Instituição poderá induzir a que não reflectam a realidade mas sim traduzam a percepção desse elemento sobre essa mesma realidade.

Ao reflectir sobre alguns dos resultados obtidos, sentimos a necessidade de os confrontar com os resultados do estudo realizado em 1987 pela Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPSSPP) a 66 Hospitais Pediátricos e Serviços de Pediatria sobre condições de humanização.

5.1. Caracterização dos Hospitais Inquiridos

O estudo foi feito sobre o universo dos hospitais portugueses do Continente e Ilhas. A taxa de resposta foi elevada (98,1%) o que permite afirmar que os dados obtidos são representativos do País, sendo este resultado uma mais valia deste estudo.

Foram considerados quatro tipos de hospitais: os Hospitais Pediátricos (2,9%), os Hospitais Gerais divididos em 2 subgrupos, com e sem Serviço de Pediatria (58,7% e 34,6% dos Hospitais gerais, respectivamente) e as Maternidades (3,8%) que não foram consideradas na apresentação dos resultados do estudo.

Julgamos ser de sublinhar o facto de que, dos 97 hospitais gerais do país, 36 não têm Serviço de Pediatria, ou seja, não têm atendimento especializado para crianças. Apesar da natureza da pergunta não permitir afirmar em absoluto que estes hospitais não têm Pediatra, os dados sugerem assimetria no acesso a cuidados pediátricos na rede hospitalar do país, dando origem a que um elevado número de crianças seja atendida internada em serviços de adultos, num ambiente hospitalar não adequado à sua situação de criança.

A maioria dos Hospitais que respondem tem até 399 camas (77,7%). Ainda assim, existem 15 hospitais (20,8%) com menos de 100 camas, os quais, pela sua pequena dimensão levantam a preocupação quanto à real eficácia da prática pediátrica em hospitais com um número reduzido de pediatras.

5.2. Hospitais com Pediatria

Optámos por considerar como “Hospitais com Pediatria” o conjunto de 64 hospitais constituído pelos Hospitais Gerais com Serviço de Pediatria e os Hospitais Pediátricos. Sempre que se justificou foi dado destaque à resposta dos Hospitais Pediátricos, já que, em teoria, eles seriam um padrão a seguir no que toca ao atendimento à Criança.

Aspectos Gerais

A maioria dos Hospitais com Pediatria (68,4%) refere internar crianças com 15 e mais anos. No entanto, é provável que na maioria destes hospitais, a idade limite de internamento seja efectivamente os 14 anos, correspondendo os internamentos de jovens de 15 e mais

anos a doentes crónicos que mantêm uma forte relação clínica e afectiva com os médicos que os tratam desde muito jovens. São bem conhecidos os casos de jovens maiores de 15 anos, que após serem internados como adultos, acabam por ser recebidos pelo serviço do “seu” Pediatra.

A existência de uma percentagem de 31,5% (22) hospitais que só internam crianças com idades inferiores a 15 anos, dos quais 4 internam só até aos 12 anos, faz-nos presumir que haverá um elevado número de crianças e jovens portugueses internados em enfermarias de adultos. Considerando que em Portugal a Idade Pediátrica tem como limite os 14 anos e 364 dias (DGH, 1987), esta não é ainda a idade usada por todos os Hospitais como critério de acesso a alguns dos cuidados pediátricos, o que também não está de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança que define como criança todas as pessoas até 18 anos de idade.

Esta mesma questão, colocada em 1987 (SPSSPP, 2001), mostrou que na altura, o internamento de crianças até ao limite da idade pediátrica só era praticado em 6 serviços (12,5%), pelo que podemos dizer, que a situação actual, ainda não sendo satisfatória, melhorou substancialmente (*Princípio 6*).

Esta matéria carece de uniformização a nível nacional, já que configura a existência de uma inaceitável desigualdade de direitos. Os dados colocam também a necessidade de considerar em que medida os serviços e hospitais pediátricos estão preparados para atender jovens até aos 18 anos.

Unidades Operativas

Em 1987, 50,3% dos hospitais tinha gabinete próprio para atender crianças na urgência. Actualmente existem ainda 28,1% (18) dos hospitais com Pediatria que refere não ter urgência pediátrica autónoma, levando a que um elevado número de crianças seja atendido no serviço de urgência em conjunto com os adultos, o que vai contra o que é recomendado. Há necessidade de corrigir esta situação, ainda que possam haver limitações físicas ou de recursos humanos, difíceis de ultrapassar nalguns hospitais. Na perspectiva de alterar parte dos constrangimentos estruturais, é necessário que este espaço seja contemplado sistematicamente nos planos funcionais dos hospitais (*Princípio 6*).

É também de referir que existem alguns hospitais com urgência pediátrica autónoma (15,2%) que não atendem todo o tipo de patologia, o que certamente obrigará alguns utentes a fazerem deslocações a outras instituições. Pensamos que em estudo futuro se deverá caracterizar estas situações.

Há 53,1% dos Hospitais com Pediatria que não tem hospital de dia, o que mostra que este tipo de recurso, sendo de reconhecida importância nos cuidados à criança, ainda não está suficientemente implantado na realidade hospitalar portuguesa (*Princípio 1*). Esta situação implica a necessidade de internamentos desnecessários com inerentes repercussões negativas no bem-estar da criança / jovem / famílias. Habitualmente o hospital de dia depende do Serviço de Pediatria Médica, se bem que a maioria deles recebe também doentes da Pediatria Cirúrgica.

A existência de unidade canguru / roming-in em 37,5% (24) dos hospitais com Pediatria, onde se inclui 1 Hospital Pediátrico, considera-se relevante. No entanto, é manifestamente negativo que em 40 Hospitais as mães fiquem separadas dos recém-nascidos no período pós-parto (*Princípio 2*), situação que constitui por si só um obstáculo ao desenvolvimento do vínculo pais-criança.

Existe berçário em 51,6% (33) dos Hospitais com Pediatria, não existindo nos restantes 48,4% (31), grupo onde se incluem os Hospitais Pediátricos. Tal significa que existem pelo menos 33 unidades onde se fazem partos que ainda têm necessidade de uma sala onde permanecem recém-nascidos saudáveis sem que a mãe possa estar junto do bebé para lhe prestar todos os cuidados.

Foram identificadas unidades de adolescentes em 17,2% (11) dos hospitais com Pediatria, o que sugere haver preocupação com este grupo vulnerável e com as suas necessidades próprias (*Princípio 7*). Em estudo futuro será interessante saber como se procede nos restantes 82,8% (53) hospitais que não têm unidade própria para adolescentes. Destaca-se ainda que este tipo de unidade só existe num dos Hospitais Pediátricos.

Recursos Humanos

A análise destes dados não permite obter informação relevante. No entanto, é possível dizer que nenhuma das classes consideradas existe

em todos os Hospitais, o que mostra alguma heterogeneidade na distribuição dos recursos humanos que poderá ter reflexos negativos na qualidade dos cuidados prestados (*Princípio 7*). Entendemos realçar o défice de técnicos da área da Saúde Mental (Pedopsiquiatras e Psicólogos), situação que poderá estar relacionada com o facto da Pedopsiquiatria ter começado a desenvolver-se, enquanto especialidade, apenas na década de 80 (Mota, 2000).

Recepção, Informação e Comunicação

A existência de um programa de preparação para o internamento constitui uma realidade em apenas 31,3% (20) dos hospitais, incluindo-se neste grupo somente 1 Hospital Pediátrico. Estes resultados mostram por si só a necessidade de realizar um esforço para melhorar, cada vez mais, o acolhimento das crianças, jovens e respectivas famílias. A preocupação com o acolhimento tem de ser valorizada. Transformá-la num processo programado significa isso mesmo. Para isso, é necessário que os profissionais tomem consciência que, perante um internamento, “o que pode ser rotina para os profissionais que fazem a admissão da criança ao serviço é para ela e para os pais uma situação de crise...” (Killilea, 1982).

É elevada a percentagem de hospitais com Pediatria que fornece informação aos pais e às crianças sobre o internamento, respectivamente 89,1% e 79,7% (*Princípio 4*).

A utilização de um guia de acolhimento constitui o principal meio de informação para crianças e pais (85,9% dos hospitais) o que mostra a existência de uma preocupação evidente e generalizada em informar os utentes. Já em 1991 a SPSSPP afirmava que “o guia de acolhimento existe em muitos serviços”. Esta preocupação em informar tem no entanto uma tradução menor quando se trata de informar as crianças. Pensamos ainda que urge introduzir um guia nos hospitais que não o têm, dada a importância da sua existência para humanizar e melhorar o acolhimento relativamente à informação. Salienta-se que, sendo o guia o meio mais utilizado para transmitir informação aos utentes, 60,8% dos hospitais proporciona também visitas ao serviço para as crianças como forma complementar de informação.

O elevado número de hospitais que refere ter guia de acolhimento não é consonante com o pequeno número de hospitais que refere ter programa de preparação para o internamento. Tal poderá significar que, apesar de haver preocupação em informar, a sua tradução prática assume uma forma relativamente passiva e pouco sistematizada. Esta situação poderá implicar uma necessidade de maior disponibilidade por parte dos profissionais para organizar e operacionalizar um programa. A inexistência de um programa de acolhimento é susceptível de ter reflexos negativos no acolhimento, principalmente nas situações de internamento não programado, muito frequentes nesta faixa etária. Também não podemos pôr de parte que esta aparente preocupação com o fornecimento de informação aos utentes seja superficial e não integre ainda a cultura organizacional dos hospitais. Outro dado que parece corroborar esta afirmação é o facto de haver 42,2% (27) dos hospitais que refere não efectuar acções de formação nesta área. Tal significa que em muitos hospitais esta matéria não é objecto de reflexão conjunta o que é prejudicial em termos de humanização do atendimento à criança.

A existência de grandes comunidades migrantes em Portugal, nomeadamente dos Países do Leste Europeu e dos PALOP, implica que os hospitais se preocupem com a forma de comunicar com as crianças e famílias destas comunidades. Os dados recolhidos confirmam esta suposição dado que apenas 3 hospitais referem não ter procedimentos para comunicar com crianças e famílias que não falem português. No entanto, apenas 21,3% (13) dos hospitais têm intérprete, recorrendo 93,4% (57) a recursos locais. Através destes resultados, podemos presumir que na maior parte dos casos terá que haver improvisado e alguma sorte para se encontrar alguém que permita estabelecer uma comunicação adequada entre profissionais e utentes que não dominem a Língua Portuguesa.

Verifica-se que já existe preocupação em facilitar a comunicação entre pais e profissionais de saúde na maioria dos hospitais pois 82,8% (53) dos hospitais refere dispor de meios para que tal se verifique. O número de hospitais (28,3%) que refere dispor de estratégias de comunicação não verbais tais como o recurso a um livro próprio ou a um quadro, indica alguma preocupação em aumentar a capacidade de comunicação.

Caracterização do Internamento

Os hospitais que referiram não ter quartos individuais (35,9%) poderão ter dificuldades em dar resposta a algumas situações delicadas. É de referir que, dos três Hospitais Pediátricos, apenas um dispõe de quartos individuais.

Não sendo uma questão muito importante, o facto é que 48,4% (31) dos hospitais refere que os quartos não são personalizados, o que contribui para aumentar as dificuldades de integração da criança num ambiente estranho e por vezes sentido como hostil como é o caso do hospital.

A utilização das suas próprias roupas por parte das crianças internadas é mais um factor que lhe confere segurança. O estudo mostra que são apenas 8 os hospitais em que a criança não pode usar a própria roupa. Parece-nos que o uso de roupa própria deveria ser permitido em todos os hospitais, embora não deva ser utilizado como critério absoluto dado haver necessidade de salvaguardar algumas situações em que tal uso poderá não ser adequado.

A existência de cadeirões nos quartos em 92,2% (59) dos hospitais manifesta a vontade destas instituições disponibilizarem o equipamento necessário à criação de um mínimo de condições para a estadia de pais ou familiares junto das crianças.

A existência de televisão no quarto é referida por 71,9% (46) dos hospitais, situação que nos parece favorável pois trata-se de um meio de entretenimento muito valorizado e útil pelas crianças e jovens, principalmente em situações de limitação de mobilidade. Não havendo televisão no quarto, a existência de uma sala comum com televisão parece-nos ser uma alternativa adequada.

Pouco mais de metade dos hospitais, 53,1% (34), tem quartos com mobiliário infantil. A sua existência poderá ser um contributo para tornar o ambiente mais acolhedor e funcional.

Não parece ser de valorizar o facto de apenas 14,1% (9) dos hospitais referirem ter telefone no quarto. Para além de poder constituir um elemento de perturbação, esta ausência não constituirá problema desde que exista um telefone de acesso fácil à criança e aos familiares no serviço. Este resultado é concordante com os resultados do estudo realizado em 1987 em que 73,3% dos serviços afirmava permitir o acesso ao telefone, pelo menos para receber chamadas.

Presença dos Pais no Hospital

O acompanhamento da criança pelos pais durante o internamento é permitido em todos os hospitais (*Princípios 2 e 7 e Lei nº 21/81*).

O facto de apenas 7,9% (5) dos hospitais imporem limitações horárias a essa presença não faz sentido. Este panorama demonstra uma evolução francamente positiva quando confrontamos estes resultados com os de 1987, em que apenas 3 (6,3%) dos 48 Serviços de Pediatria portugueses referiam a possibilidade de os pais ficarem com os filhos. Em 1996, tal já acontecia em 29 serviços (Machado, 2000).

Também todos os hospitais permitem a presença de familiares e amigos junto da criança, mas apenas uma minoria, 4,8% (3), afirma permiti-lo sem restrições horárias conforme entendemos ser desejável. O estudo mostra que estas restrições se caracterizam por só serem permitidas visitas em curtos períodos do dia, habitualmente coincidentes com os horários laborais e escolares, o que constitui um claro obstáculo às visitas dos amigos em idade escolar e aos familiares empregados, a nosso ver inaceitável.

Já em 1991, num ponto de situação feito pela SPSSPP, afirmava-se que “a visita à criança por irmãos, amigos ou colegas é um direito promovido por alguns hospitais”. No entanto, a principal razão da não autorização de visitas a menores de 12 anos por 30,6% (19) dos hospitais poderá advir da legislação em vigor, o que nos parece ser questionável à luz dos conhecimentos científicos actuais pelo que importa que se proceda à sua revisão. Nalgumas situações, deverá ser encarada a possibilidade de combinar previamente a visita do grupo de amigos, nomeadamente colegas de escola, em vez de simplesmente impedir essa possibilidade.

É já uma prática generalizada nos hospitais permitir aos pais estarem presentes e participarem durante os cuidados básicos à criança, o que é consensualmente considerado benéfico e importante para o bem estar da criança (*Princípio 3*), já que respeita e promove o papel dos pais, proporcionando-lhes sentimentos de competência e controle (Marçal, 2001). Há ainda 9,4% (6) dos hospitais que refere não autorizar esta presença, pelo que consideramos necessário perceber a razão desta atitude de forma a contribuir para a sua alteração. O estudo também mostra que esta participação se limita, na generalidade, aos cuidados de higiene e alimentares o que consideramos ainda ficar aquém do desejável.

A presença dos pais durante os exames e cuidados médicos (*Princípio 3*) ainda não é uma prática generalizada a todos os hospitais. 67,2% (41) dos hospitais com Serviço de Pediatria encoraja a presença dos pais, enquanto que 4,7% (3) nem sequer a autoriza. Entendemos que alguns cuidados, pela sua natureza, poderão ser elementos de perturbação para os pais, obrigando os profissionais a desviar parte da sua atenção para eles, quando toda ela deveria estar concentrada na criança. Os resultados suportam o nosso entendimento de que a presença dos pais nos exames e cuidados médicos deverá ser um princípio básico de actuação, sendo a sua aplicação prática analisada caso a caso,

procurando avaliar qual a situação mais benéfica para criança ou jovem.

A existência dos quartos tipo “mãe-criança” foi referida por 31,7% (20) dos hospitais. Simultaneamente, 64,1% (41) dos hospitais refere dispor de quartos individuais. O cruzamento destas respostas permite dizer que 26,6% (17) não tem quartos que permitam, em algumas situações delicadas, preservar a privacidade do agregado familiar e / ou evitar a exposição do sofrimento. Esta situação não garante os direitos da criança.

Os dados recolhidos mostram também que a maioria dos hospitais não está funcionalmente preparada para acolher os pais pois poucos dispõem de sanitários e sala de estar com copa para aquecer alimentos, elementos básicos de conforto para os pais que passam mais tempo junto dos seus filhos (*Princípio 3*). De acordo com o estudo da SPSSPP (1987), os hospitais que referiram não facultar alojamento aos pais (61,4%) entendiam que a resolução deste problema não dependia dos profissionais, que havia outras prioridades ou que ainda não tinham pensado nisso.

Neste caso, como noutros abordados neste estudo, entendemos que os profissionais são os principais motores de qualquer mudança e que, se eles mesmo não tiverem essa convicção, terão dificuldade em empreender e protagonizar as mudanças necessárias. Também terão que ter uma aguda consciência de que, sendo o hospital “um sistema social organizado onde mecanismos vários tendem a manter o poder e os privilégios que cada profissional conseguiu atingir” (Stacey, 1979), a progressiva “intromissão” dos pais é vivenciada, mesmo que de forma inconsciente, como uma ameaça contra a qual se esgrimem argumentos que nem sempre têm fundamento real.

Na abordagem destas questões, existem problemas estruturais que têm fundamentalmente a ver com o facto de um grande número de hospitais serem edifícios antigos que reflectem as concepções da época em termos arquitectónicos e de funcionalidade dos internamentos. Assim, é necessário que nos planos funcionais de novos hospitais ou nos das remodelações dos antigos, os técnicos dêem tanta importância a este tipo de questões como às que decorrem da prestação directa de cuidados. No entanto, estes problemas não podem servir de pretexto para não mudar, já que a atitude/vontade dos profissionais consegue ultrapassar os obstáculos estruturais, nomeadamente quando estes interferem em questões que, tendo carácter técnico, não dependem em absoluto de aspectos materiais.

A Sala de Brincar

Brincar no hospital é tão importante como tomar a medicação ou fazer exames clínicos (*Princípio 7*). Já em 1987 a Direcção Geral de Saúde e a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria recomendavam a melhoria arquitectónica e decorativa dos espaços, a criação de ludotecas e de espaços próprios para receber os pais e das crianças (Machado, 2000).

A sala de brincar é referida por 92,2% (59) hospitais, sendo que 2 (3,4%) referem ter mais do que uma sala de brincar para diferentes faixas etárias (crianças pequenas e adolescentes). Estes dois casos demonstram preocupação acerca de uma organização das salas de actividades por faixas etárias e objectivos.

Em termos de equipamento e materiais, 98,3% dos hospitais dizem ter televisão, 84,7% vídeo e 52,5% computador. Quanto a outros materiais, verificamos que apenas 30,5% (18) dos hospitais com sala de brincar referiram a existência de brinquedos, livros, jogos ou material lúdico. Considerando que os elementos de referência da criança quanto ao brincar são os brinquedos, os jogos e os livros infantis, os quais contribuem para amenizar o trauma do internamento, melhorar a aceitação do tratamento e favorecer a interacção com os pais e profissionais, estes resultados revelam que se valorizam pouco os jogos, brinquedos e livros disponíveis na sala de brincar, condicionando ainda mais o comportamento próprio da criança. Consideramos legítimo questionar que material deverá integrar a sala de brincar e se a televisão é assim tão importante face a brinquedos e jogos.

A existência de uma ludoteca, bem fornecida, com materiais lúdicos e recantos adaptados às diversas idades, contribui para a interiorização e expressão da vivência da criança doente através da brincadeira, auxilia a recuperação da criança doente e ameniza o trauma psicológico do internamento através da actividade lúdica. Dos 59 hospitais com sala de brincar, 39,0% (23) referiu ter ludoteca associada, não tendo sido possível saber se estavam a referir-se a um espaço organizado segundo o conceito subjacente a esta denominação .

O espaço do brincar deve ser contíguo, sempre que possível, a uma zona de ar livre com equipamentos integrados de múltiplas funções. A existência de jardim / terraço onde as crianças podem brincar é referida por 30,5% (18) dos hospitais com sala de brincar. Embora o espaço físico do hospital possa não proporcionar a possibilidade de existir uma zona desta natureza, questionamos se não haverá formas de contornar o problema e “trazer mais ar livre” para as brincadeiras. Também esta situação deverá ser abordada na discussão dos planos

funcionais dos novos hospitais.

A única profissão que os hospitais associaram à sala de brincar foi a de Educador de Infância, sendo que 74,6% referiram ter pelo menos um Educador de Infância responsável pela sala de brincar. Consideramos que o trabalho associado ao brincar deve ser da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, dado nenhuma profissão reunir todos os conhecimentos necessários. É possível que existam outras formações com conhecimentos que possam dar um aporte a esta área (animadores, por exemplo). Questiona-se aqui se, nos nossos hospitais, os educadores de infância trabalham em parceria com a restante equipa multidisciplinar ou se desenvolvem um trabalho isolado num espaço igualmente isolado que é a sala de brincar.

O estudo mostra que o acesso à sala de brincar difere entre os hospitais, havendo 52,5% que refere que a sala de brincar tem horário permanente, 77,2% (44) que tem a sala aberta todos os dias e 22,0% (13) apenas nos dias úteis. Consideramos que as limitações de acesso ao brincar fazem pouco sentido, nomeadamente quando decorrem do horário dos profissionais, devendo apenas existir quando põem em causa a saúde e o bem-estar das crianças.

Apesar do panorama geral ser animador, parece-nos que a situação existente poderia ainda melhorar no que toca a garantir à criança o direito de brincar, nomeadamente em relação ao acesso à sala, à possibilidade de orientação por pessoal qualificado e à possibilidade de brincar ao ar livre.

Momentos de Animação Cultural e Artística

A ocorrência de momentos de animação cultural e artística nos hospitais é ocasional na grande maioria dos casos (80,9%). Ocorre de forma regular em apenas 19,1% dos hospitais. Estas actividades são desenvolvidas por profissionais remunerados em 14,9% dos casos e por voluntários nos restantes, sendo este um dos factores que contribui para a irregularidade mencionada. Os crónicos problemas orçamentais, a pouca valorização destas actividades enquanto factor moderador de um ambiente hospitalar hostil, a fraca tradição de participação em acções cívicas por parte dos indivíduos, das comunidades organizadas e das empresas, poderão explicar as dificuldades em garantir a regularidade destas acções. Acreditamos que a sociedade civil, como noutros países acontece, terá um importante papel na alteração deste panorama.

A Escola

A existência de escola nos hospitais coloca-se hoje de forma diferente de há 30 anos atrás, não deixando no entanto de se colocar novos desafios nesta matéria. Nessa época, a escola era necessária, nomeadamente nos Hospitais Pediátricos, não só porque os tempos de internamento eram maiores, mas também porque se internava um maior número de crianças, algumas delas residentes em localidades muito afastadas do Hospital. Sendo encarada como necessária face aos condicionalismos da época, a escola estendeu-se a outros hospitais com internamento em Pediatria. Actualmente, 21,9% (14) dos hospitais tem escola, incluindo-se neste grupo os 3 Hospitais Pediátricos. Este número diminuto poderá ser explicado pela redução dos internamentos em Pediatria e da respectiva demora média nos últimos anos, tendo esta infra-estrutura vindo a tornar-se menos necessária. Assim, não sendo nos dias de hoje necessária a existência de uma escola em permanência junto dos serviços de Pediatria, há no entanto que prever mecanismos expeditos que permitam, nos poucos casos em que se prevê um longo período de afastamento da escola, que as crianças não sejam prejudicadas na sua relação com a escola que frequentam nem que se atrasem na aquisição de conhecimentos necessários ao seu sucesso escolar. As modernas tecnologias de comunicação tornam fácil montar dispositivos capazes de ultrapassar este tipo de problemas.

Todas as escolas existentes nos hospitais possuem meios informáticos, restando saber como são utilizados, tendo em conta o que foi colocado anteriormente. É também referida a existência de televisão e de vídeo em 10 escolas (71,4%), havendo 2 que referem ter livros, jogos e material escolar.

Os resultados mostram que as escolas participam em actividades da comunidade hospitalar (jornais, exposições, espectáculos), o que constitui um princípio a desenvolver.

É igualmente de salientar que existe alguma participação de organizações (associações) na vida da escola.

A Biblioteca

A existência de biblioteca destinada às crianças não é muito frequente (39,1%) nos hospitais. No entanto, quando existe, é própria do serviço de pediatria em 68,0% dos casos. Destas bibliotecas, 28,0% são também utilizadas pelos pais. Face a estes resultados, coloca-se-nos a questão: ou a presença do livro no hospital não é valorizada ou o livro está integrado na sala de brincar. Outro aspecto que pode ser ainda equacionado é a falta de recursos humanos e instalações para o funcionamento deste serviço. Em 80,0% das bibliotecas, existe um elemento que é responsável por esta mas apenas um terço destes elementos é bibliotecário, sendo o funcionamento das outras assegurado por voluntários.

Quanto às condições de funcionamento, 44,0% das bibliotecas não dispõem de espaço próprio, 60,0% não abre diariamente e apenas 32,0% está permanentemente aberta. O empréstimo de livros é um serviço prestado apenas por 28,0% das bibliotecas. Salientamos a colaboração com bibliotecas municipais e de outras entidades nalguns casos.

Estes resultados permitem perceber que existe uma grande lacuna face à importância dada ao livro nos hospitais que recebem crianças e jovens.

Não foi possível determinar neste estudo quais as relações existentes entre a sala de brincar / ludoteca, a escola e a biblioteca.

Unidades Específicas

Unidade de Cuidados Intensivos

Existe Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em 40,6% (26) dos hospitais com Pediatria, onde se incluem os 3 hospitais pediátricos. Este dado, relativamente elevado, poderá incluir as UCI de recém-nascidos e pediátricas, todas elas com práticas diferentes.

A maioria destas unidades permite a presença dos pais sem restrições junto da criança (84,6%) assim como a sua participação sem restrições nos cuidados básicos (92,3%). Tal vem na sequência do que a SPSSPP afirmava em 1991: "algumas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais dão livre acesso aos pais dos recém-nascidos internados."

No que se refere à possibilidade de oferecer apoio psicológico aos doentes e familiares neste tipo de unidade, verificou-se que existe pelo menos um psicólogo em 80,8% (21) dos hospitais com Pediatria, o que mostra que este tipo de cuidados não está presente num grande número de Hospitais (*Princípio 7*).

Na maioria dos hospitais com psicólogo na UCI (81,0%), este organiza reuniões de trabalho, sendo ampla a participação de diferentes tipos de profissionais do hospital, com especial relevo para médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Cirurgia Pediátrica e Anestesia Pediátrica

É fornecida informação oral sobre a anestesia aos utentes em 62,5% dos hospitais, o que significa que os utilizadores carecem desta informação em mais de um terço dos hospitais (*Princípio 4*).

Os principais destinatários dessa informação são a criança e os pais, com raras exceções em que só um deles é informado. Não nos parecem justificáveis estas situações de excepção.

A informação sobre a dor pós-operatória é ainda mais deficitária, já que apenas 56,3% dos hospitais a fornecem, sendo esta informação sempre dada aos pais mas nem sempre à criança (5 casos).

A presença dos pais na indução da anestesia é autorizada numa minoria dos hospitais (29,7%), e a sua presença ao acordar é autorizada por pouco mais de metade dos hospitais (57,8%). Embora estas medidas sejam benéficas e tranquilizadoras para a criança, continuam a ter uma aplicação prática muito limitada.

As informações sobre a cirurgia são fornecidas à criança e aos pais em 57,8% (37) hospitais, restando uma percentagem importante de casos em que os utentes não são informados. Sendo as intervenções cirúrgicas procedimentos particularmente ansiogénicos para as crianças e pais, consideramos que devem ser realizados esforços no sentido de alargar esta prática a todos os hospitais, nomeadamente pela introdução e generalização do conceito de consentimento informado.

Parece-nos que, na área da cirurgia/anestesia, é fundamental informar a criança e os pais sobre os procedimentos e encorajar o acompanhamento da criança. Tal deve implicar uma reflexão por parte dos profissionais.

Internamento de Adolescentes (Princípio 6)

A existência de um serviço próprio para adolescentes é uma necessidade, antes de mais, expressa pelos próprios (Cepeda, 2000).

O internamento de adolescentes foi referido por 71,9% (46) dos hospitais com Pediatria, incluindo os 3 Hospitais Pediátricos.

Apesar deste número ser importante, apenas 26,1% dos hospitais refere ter uma equipa própria destinada a atender este grupo vulnerável e apenas 23,9% refere dispor de uma unidade de internamento própria para adolescentes. Apenas 1 Hospital Pediátrico preenche estes dois requisitos.

Todos os hospitais afirmam que informam oralmente os adolescentes sobre a sua doença, sendo que só 15,2% utilizam documentos para o fazer (Princípio 4). No que se refere a negociar o número de dias de internamento com os adolescentes, apenas 37,0% dos hospitais o faz, incluindo 1 Hospital Pediátrico. 54,3% dos hospitais afirma solicitar o consentimento do adolescente para o internamento e 43,5% dos hospitais permite que os adolescentes se ausentem do serviço.

A maioria dos hospitais que interna adolescentes (58,7%) não dispõe de informação preparada sobre aspectos gerais de saúde. Os hospitais que dispõem deste tipo de informação abordam diferentes temáticas, com predomínio dos aspectos relacionados com a vivência da sexualidade. Este realce dado aos comportamentos sexuais mostra que é nas perturbações ligadas a esta área que se centram as preocupações dos profissionais.

A diversidade de situações identificadas mostra que os Hospitais não têm em conta as necessidades especiais deste grupo alvo, nomeadamente no que se refere a infra-estruturas apropriadas para o internamento. Assim, continua a ser válida a opinião expressa por Torrado da Silva em 1996, no Encontro "A Criança e os Serviços de Saúde" organizado pelo IAC. Este considerava que o atendimento dos adolescentes em termos de humanização, a par do atendimento de deficientes, era um problema prioritário aguardando solução. Afirmava igualmente que os adolescentes eram habitualmente hospitalizados em serviços de adultos "o que ignora as suas necessidades básicas e desrespeita o próprio compromisso do Estado face às determinações da Convenção."

Maus Tratos

Existe uma estrutura de apoio a vítimas de maus tratos em 48,4% dos hospitais e 50,0% tem um profissional de referência para estes casos. Esta situação mostra que os casos de maus tratos são abordados segundo o livre critério do profissional que os identifica em metade dos hospitais, não estando instituídos procedimentos pré definidos. Tal não é desejável.

É referido pelos hospitais que a abordagem destes casos implica a acção de um diversificado grupo de profissionais (multidisciplinar) com especial destaque para os médicos, enfermeiros e técnicos do serviço social, logo seguidos pelos psicólogos. Tal poderá ser justificado não só pela habitual complexidade destes casos como pelas reacções emocionais que suscitam. Esta diversificação também se verifica quanto ao número de estruturas que colaboram na resolução deste tipo de casos, merecendo destaque a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores e os Serviços Sociais.

Como referimos, sendo habitualmente estes casos muito complexos, parece-nos natural que vários profissionais e instituições colaborem na sua resolução. No entanto, na ausência de orientações claras e funções bem definidas, quanto maior a quantidade de pessoas e entidades envolvidas, mais moroso e difícil se torna tomar decisões. Esta falta de organização contribui para mantermos Portugal como "um País que conhece ainda muito mal os sofrimentos das crianças e as graves consequências dos maus tratos..." (Gambôa em comunicação apresentada no Encontro "Reflectir as práticas para melhorar o desempenho", IAC, 2000).

Recordamos o workshop "Serviços de Saúde e Menores em Risco psicossocial - Articulação Hospitais/Tribunais" promovido em Fevereiro de 1992 pelo IAC em conjunto com o Centro de Estudos Judiciários Secção de Pediatria Social onde foi reconhecida "a importância da oficialização dos núcleos hospitalares de apoio médico-social a menores em risco, quer a nível dos hospitais centrais com serviços de pediatria, quer nos hospitais distritais como interlocutores privilegiados na abordagem e encaminhamento destas situações (.....). Foi reafirmado o princípio de que a criança e o jovem - em situação de risco - devem ser examinados o menor número de vezes possível.

Este princípio conjugado com a necessidade de se recolherem vestígios que o tempo fará desaparecer ou atenuará e que interessam para a correcta actuação dos Tribunais, implica uma intervenção imediata dos peritos médico-legais. Onde tal não for possível, e há já casos em que existe um médico legista de urgência, os médicos das urgências deverão ter acesso a recomendações e a formulários organizados pelo Instituto de Medicina Legal parecendo aconselhável que os exames médicos feitos nessas condições adquiram, após homologação deste Instituto, a dignidade de perícias médico-legais com a importância que lhes é outorgada pelo Código Processo Penal.”

5.3. Hospitais Gerais sem Serviço de Pediatria

Os 36 Hospitais Gerais pertencentes a este grupo representam um pouco mais de um terço dos hospitais portugueses e a sua maioria (63,9%) atende crianças.

Não foi possível perceber qual o critério etário utilizado nestes hospitais para o atendimento de crianças, mas 91,3% refere atender crianças de todas as idades.

Constata-se também uma grande diversidade do tipo de atendimento disponibilizado às crianças por estes hospitais, pois 73,9% atende crianças na urgência, 52,2% na consulta externa e 13,0% interna crianças. Esta oferta heterogénea faz supor a existência de dificuldades de acesso das crianças, nomeadamente geográficas, a alguns cuidados hospitalares pediátricos.

Esta realidade impõe a necessidade de se encontrarem soluções a curto prazo para que o atendimento destas crianças seja efectuado por especialistas.

5.4. Carta da Criança Hospitalizada

Os resultados do estudo quanto à divulgação e importância atribuída à Carta da Criança Hospitalizada pelos Hospitais são positivos. Na verdade, 93,8% refere que a Carta é conhecida dos profissionais, 84,4% afirma existir sensibilização para a sua aplicação e 75,0% (48) declara que a Carta está amplamente exposta.

No entanto, a situação poderá não ser efectivamente tão favorável como aparenta pois quase um terço dos Hospitais (31,3%) refere ter integrado a Carta no seu guia de acolhimento e só 20,3% diz ter projectos para a sua aplicação. Assim, permanecem válidas as recomendações do fórum de Março de 1997, “Humanização dos Serviços Prestados à Criança em Saúde” realizado pelo Instituto de Apoio à Criança – Sector da Humanização, que preconizavam a necessidade da aplicação de todos os princípios da Carta da Criança Hospitalizada.

Também muitos hospitais referem desenvolver acções de formação sobre a aplicação da Carta, situação que nos leva a questionar a preparação dos profissionais que fornecem essa formação assim como a forma como é desenvolvida.

6. Conclusões

- O estudo tem representatividade nacional;
- A presença ilimitada dos pais no internamento é uma realidade para a maioria dos hospitais que atendem crianças assim como a existência de cadeirão para os pais nos quartos. Nesta matéria, existe um salto qualitativo face ao que se verificava em 1996 aquando do Encontro “A Criança e os Serviços de Saúde. Humanizar o Atendimento” organizado pelo Instituto de Apoio à Criança – Sector da Humanização;
- Existe uma discrepância entre o conceito de Criança consignado na Convenção dos Direitos da Criança ratificada por Portugal (Criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se nos termos da lei que lhe for aplicável atingir a maioridade mais cedo) e o conceito de Idade Pediátrica (14 anos e 364 dias) aceite pelo Ministério da Saúde. Esta discrepância e as determinações avulsas de alguns Hospitais e Serviços de Pediatria que impõem limites de idade inferiores aos 14 anos para o atendimento de crianças criam assimetrias no direito de acesso a estes serviços;
- É preocupante a existência de um número elevado de hospitais que atendem crianças em serviços de adultos, quer por não terem urgência pediátrica autónoma (28,1%) quer por colocarem limites inferiores a 15 anos de idade para atenderem crianças no serviço de Pediatria (31,6%);
- A Carta da Criança Hospitalizada é muito conhecida pelos profissionais e tem sido amplamente divulgada nos serviços de saúde. No entanto, verifica-se que este dado não é consonante com a efectiva aplicação dos seus princípios;
- Atendendo ao facto de se preconizar o internamento apenas quando indispensável, o número de hospitais de dia e de unidades canguru é ainda insuficiente;
- Os recursos humanos da área da saúde mental são escassos;
- Em caso de internamento, a informação fornecida a crianças, pais e familiares é uma realidade praticamente generalizada, utilizando-se diversos meios, dos quais predominam o guia de acolhimento e a visita ao serviço. É ainda escassa a existência de programas de acolhimento e de formação sobre o tema;
- A comunicação com crianças oriundas de comunidades migrantes faz-se com recurso a intérpretes de ocasião. São poucos os hospitais que recorrem a intérpretes qualificados;
- Apesar de terem sido dados grandes passos relativamente às condições de internamento, parece-nos que estas ainda não são as desejáveis pois metade dos hospitais não tem quartos personalizados para as crianças e alguns não permitem à criança o uso da própria roupa;
- Existe um número importante de hospitais que não dispõem de quartos individuais para as crianças, não possuindo infra-estruturas que permitam a protecção da privacidade, o direito ao recolhimento e a estar com os familiares mais próximos sem perturbações;
- Existem demasiadas restrições às visitas de familiares à excepção dos pais, para amigos e conhecidos da criança internada;
- A presença dos pais durante os cuidados básicos é uma realidade, mesmo nas UCIs, havendo no entanto restrições à sua presença durante os procedimentos médicos e a realização de exames;

- A comunicação com os pais e as crianças na preparação para a Anestesia/Cirurgia é efectuada predominantemente de forma oral e ocorre com menos frequência do que na preparação para o internamento;
- Na maioria dos hospitais, existe um espaço para as crianças brincarem mas este nem sempre tem pessoal especializado ou está acessível. A possibilidade de acesso a brincar ao ar livre também é diminuta;
- Parece-nos haver uma certa indefinição face ao conceito de ludoteca;
- O funcionamento das bibliotecas ocorre com muitas limitações, sendo que nos parece que é dada pouca importância ao livro enquanto elemento necessário à criança;
- Parece-nos igualmente ser dada pouca importância ao brincar e ao jogar enquanto elementos próprios e indispensáveis da criança;
- A televisão é muito valorizada;
- A animação e actividades similares no hospital são esporádicas e quase sempre pagas. Apercebemo-nos que a participação da sociedade civil é praticamente inexistente;
- O atendimento a adolescentes ainda está pouco desenvolvido nos hospitais. Estes parecem não levar em conta as especificidades deste grupo dado que são escassas as unidades e equipas próprias para atender este grupo etário;
- Os processos de informação e de obtenção do consentimento informado do adolescente relativamente aos cuidados que lhe vão ser prestados ainda não são satisfatórios;
- Os casos de maus tratos ainda não são abordados de forma programada, apesar de envolverem muitos profissionais e instituições.

Em síntese

Nas conclusões da reunião “Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança”, de 27 de Maio de 1987, realizada pela Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, afirmava-se “apesar de haver uma grande sensibilidade dos pediatras e outros técnicos de saúde para o problema, existem ainda obstáculos e / ou dificuldades à realização de uma verdadeira humanização dos serviços de saúde que se centravam essencialmente nas áreas da exequibilidade, das disposições legais, da organização e dos recursos humanos”. Dezoito anos depois, constatam-se progressos evidentes, nomeadamente na informação disponibilizada a pais e crianças, na presença dos pais junto dos filhos e na maior disponibilidade de certos equipamentos. No entanto, a conclusão de que se pode e deve fazer cada vez mais e melhor mantém-se actual pois, parafraseando Filipe Almeida, “porque os desafios, sendo de há muito grandes, sê-lo-ão sempre maiores.”

7. Recomendações

Recomendamos portanto que:

1. Na sequência deste estudo e aproveitando a experiência acumulada, se faça um diagnóstico mais amplo e documentado relativamente ao acolhimento a crianças, jovens e mulheres grávidas no País, envolvendo também os Hospitais privados e os Centros de Saúde. Os resultados obtidos deveriam constituir uma das bases para a definição de uma estratégia de prestação de cuidados a estes grupos vulneráveis, tal como aconteceu no Reino Unido com o trabalho “National Service Framework for Children Young People and Maternity Services”;
2. Seja revisto o conceito de Idade Pediátrica à luz do preconizado pela Convenção dos Direitos da Criança, dadas orientações e tomadas medidas que auxiliem os Hospitais e serviços que atendem crianças a organizarem-se em função do que ficar determinado, nomeadamente no que toca ao atendimento de Adolescentes, tendo em conta as suas necessidades particulares e disponibilizando infra-estruturas e possibilidades de lazer apropriadas;
3. Se elabore um documento orientador que contemple as componentes básicas de um Serviço de Pediatria, não só as que se destinam à prestação de cuidados mas também as que contribuem para proporcionar boas condições de trabalho para os profissionais e de conforto e bem estar para as crianças e suas famílias. Um documento desta natureza constitui um auxiliar fundamental para arquitectos e profissionais de saúde poderem programar serviços de uma forma sistematizada podendo ser um elemento determinante na remoção de muitos obstáculos estruturais à melhoria das condições de acolhimento e estadia nos hospitais;
4. As crianças não sejam admitidas em serviços de adultos. As urgências pediátricas devem ser autónomas ou, pelo menos, as crianças devem ser observadas em espaço autónomo. A mesma regra deve existir em relação a outros tipos de serviços;
5. A participação dos pais nos cuidados continue a ser estimulada para além dos cuidados básicos, nomeadamente promovendo a sua interacção com a equipa de saúde numa perspectiva que permita uma avaliação conjunta das competências da criança conduzindo a um melhor desenvolvimento psicológico e afectivo da mesma;
6. Sejam tomadas medidas que garantam a existência de quartos individuais em todos os internamentos de pediatria para que, nos casos em que tal seja considerado necessário, a intimidade da criança e sua família possa ser preservada;
7. Os horários das visitas para familiares, nomeadamente irmãos, e amigos sejam alargados e compatíveis com horários laborais e escolares. Deve ser avaliada a actualidade do normativo legal que regula a visita de menores de 12 anos à luz dos conhecimentos científicos actuais. Estas visitas devem ser aceites sem limite de idade, decorrendo a sua permissão da situação da criança doente e da saúde da criança visitante.
8. A informação transmitida à criança tenha em conta a idade e a compreensão assim como o seu nível de desenvolvimento. Deve ser dada na presença dos pais sempre que possível e incluir informação verbal, audiovisual e escrita, apoiada em modelos ilustrativos, brinquedos, jogos ou outras estratégias alternativas;
9. O brincar no hospital seja considerado em pé de igualdade com as questões que derivam dos problemas de saúde e que levam ao internamento, tendo em conta todos os espaços do Hospital e as necessidades psicossociais da criança. Devem ser preconizadas medidas de adaptação dos espaços para instalar os equipamentos de brincar e jogar e também de adequação da sala de espera, da sala de exames e tratamentos e do internamento. Deverão ser disponibilizados meios que permitam garantir a higiene, a desinfectação e a segurança dos materiais lúdicos face à criança;

10. Este tipo de actividade seja garantida, atribuindo-lhe recursos humanos e materiais sustentados através do orçamento do Hospital, para que ocorram independentemente da existência de projectos que, por natureza, são limitados no tempo;

11. Seja considerada a integração funcional da “sala de brincar”, “escola” e “biblioteca”, independentemente de possuírem espaços próprios, permitindo uma livre utilização dos materiais e a conjugação dos saberes dos diferentes profissionais envolvidos na perspectiva da multidisciplinaridade da acção;

12. A sala de brincar seja acessível, o que implica que esteja aberta todos os dias durante um grande número de horas. A sua utilização deve reger-se por regras claras e simples e deve respeitar as horas habituais de repouso do hospital;

13. A articulação entre a escola do hospital e a escola de origem da criança seja assegurada;

14. As precisões orçamentais garantam os direitos da Criança no hospital, nomeadamente o direito de brincar. Os encargos não devem ser considerados como supérfluos e geradores de ineficiências;

15. Seja promovida a elaboração de um “Manual de Procedimentos” face à identificação de uma criança mal tratada, contemplando as vertentes clínica e médico-legal e o encaminhamento do caso, nomeadamente nas vertentes jurídica, económica e social e onde seja clarificado o papel do Hospital, atendendo à importância que a sua intervenção habitualmente assume;

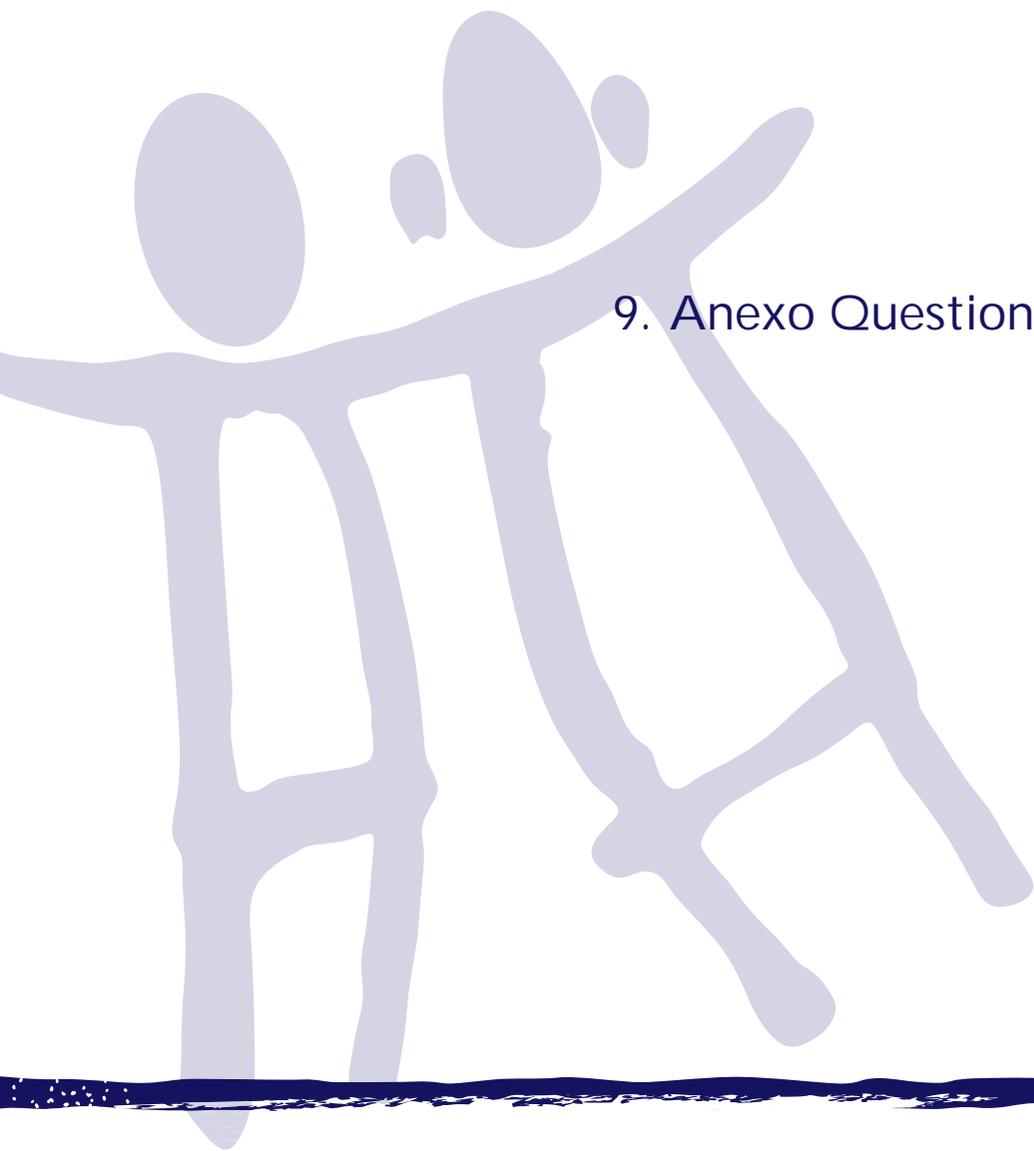
16. Que as Administrações dos Hospitais, Directores Clínicos e Directores de Serviço da Pediatria diligenciem em conjunto no sentido de definirem uma estratégia de implementação dos princípios consignados na Carta da Criança Hospitalizada com o objectivo de melhorarem as condições de acolhimento às crianças da sua área de influência e respectivas famílias e garantirem os seus direitos. Esta estratégia deverá estar integrada na estratégia geral do hospital e a sua operacionalização deverá passar pela elaboração de um programa de acolhimento a cumprir pelas unidades operacionais com o apoio da Administração e deverá ter como componentes nucleares a informação / comunicação aos utentes e à comunidade, a melhoria da funcionalidade da estrutura e a formação dos profissionais;

17. Que os partidos com assento parlamentar tornem sua a Carta da Criança Hospitalizada e diligenciem para que esta venha a ser adoptada como instrumento normativo no nosso País agindo para tal na Assembleia da República.

Desde já o Sector da Humanização do Instituto de Apoio à Criança manifesta a sua disponibilidade dentro das suas capacidades e vocação, para contribuir no sentido da implementação destas recomendações.

8. Bibliografia

- EACH (2004), Carta da Criança Hospitalizada – Anotações, Lisboa, Instituto de Apoio à Criança.
- EACH (1996), Carta da Criança Hospitalizada, Lisboa, Instituto de Apoio à Criança.
- Cêpeda, T (2000), “Internamento no Adolescente”, in Actas do Encontro Reflectir as práticas para melhorar o desempenho, Lisboa, Instituto de Apoio à Criança.
- DGH (2000), Despacho DGH / 310-72 de 6 de Maio de 1987 – “Organização dos Serviços de Pediatria – Idade Pediátrica” in Actas do Encontro Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. Reflectir as práticas para melhorar o desempenho, Lisboa, IAC.
- Gambôa, M.J.; “Os Limites da Intervenção” in Actas do Encontro Reflectir as práticas para melhorar o desempenho, Lisboa, Instituto de Apoio à Criança.
- IAC (2000), “Síntese” in Actas do Encontro Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. Reflectir as práticas para melhorar o desempenho, Lisboa, IAC.
- Almeida, Filipe (2000), “O sofrimento em cuidados intensivos – uma atenção da humanização” in Actas do Encontro Reflectir as práticas para melhorar o desempenho, Lisboa, IAC.
- Killilea M.(1982), “Interaction of crises theory , coping strategies ans social support systems” in Modern practice of community mental health, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, cit. in Martins, A.G. (1991), “Alguns Aspectos Psicológicos da Humanização” in Humanizar o Atendimento à Criança, Lisboa, Grupo HUSAC, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Levy, M.L. (1991), “Humanização – que futuro” in Humanizar o Atendimento à Criança, Lisboa, Grupo HUSAC, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Martins, A.G. (1991), “Alguns aspectos psicológicos da humanização” in Humanizar o Atendimento à Criança, Lisboa, Grupo HUSAC, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Mota, C. (2000) “Evolução Histórica da Pediatria” in Actas do Encontro Reflectir as práticas para melhorar o desempenho, Lisboa, IAC.
- Machado, M. C. (2000) “Humanização no Internamento Hospitalar” in Actas do Encontro Reflectir as práticas para melhorar o desempenho, Lisboa, IAC.
- Rosenberg-Reiner, S. (2000), Guide de l’hospitalisation des enfants, Antony, APACHE.
- Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (1991) “Conclusões da reunião Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, de 27 de Maio de 1987” in Humanizar o Atendimento à Criança, Lisboa, Grupo HUSAC, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (1991), “Questionário enviado em 1987 a Hospitais Pediátricos e Serviços de Pediatria”, in Humanizar o Atendimento à Criança, Lisboa, Grupo HUSAC, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Stacey, M. (1979), “The practical implications of our conclusions” in: Hall, D.; Stacey , M. (1979), Beyond Separation, London Routledge and Keaga, P, 179-217, cit. in Martins, A.G. (1991), “Alguns aspectos psicológicos da humanização” in Humanizar o Atendimento à Criança, Lisboa, Grupo HUSAC, Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.



9. Anexo Questionário

QUESTIONÁRIO SOBRE ACOLHIMENTO E ESTADIA DE CRIANÇAS NO HOSPITAL
(2001 - 2002)

Hospital _____

Perfil do Hospital (descrição sumária) _____

Lotação hospital _____ camas

Serviço de Pediatria Sim Não

Se não tem serviço de Pediatria atende crianças? :

No serviço de urgência Na consulta No internamento

Outros Especifique _____

Todas as idades Sim Não Especifique _____

A partir daqui, responda só ao que se aplicar ao seu hospital.

I. Características e organização geral do serviço de Pediatria

Número de camas do serviço _____

Até que idade são hospitalizadas as crianças no serviço _____ anos

Existe urgência pediátrica autónoma? Sim Não

Atende toda a patologia Sim Não

Em caso negativo, de que maneira é organizado o atendimento das crianças na urgência _____

1.1 Generalidades

- Existe no serviço :
- um hospital de dia de pediatria médica?
 - um hospital de dia de cirurgia pediátrica?
 - uma unidade cangourou¹ / roming-in?
 - uma unidade de adolescentes?
 - um berçário?

Existem infra-estruturas específicas para deficientes? (rampas de acesso, instalações sanitárias...)

Sim Não

Quais? _____

1) Unidade de puérperas em que os recém-nascidos permanecem junto das mães.

1.2 "Equipa" do serviço

Director de serviço: _____

Enfermeiro supervisor Sim Não Enfermeiros Chefes - N° _____

Assistente social - N° _____ Psicólogo - N° _____ Pedopsiquiatra - N° _____

Educadores de Infância - N° _____ Professor - N° _____

Existe responsável pelo processo de acolhimento?² Sim Não Se respondeu sim,

Quem é _____ Cargo _____

Em caso de ausência deste(a), quem pode ser contactado? _____

1.3 Presença dos pais no internamento

Assinale a resposta correcta

Existe no serviço:

-uma sala destinada aos familiares? Sim Não

-quartos do tipo "mãe-criança" ou "pai-criança"? Sim Não

-uma cama para um pai /familiar no quarto da criança? Sim Não

-um cadeirão por pai /mãe? Sim Não

A presença dos pais implica uma participação financeira destes? Sim Não

qual o valor? _____ Este montante inclui as refeições? Sim Não

O pai/familiar tem direito às refeições? Sim Não

Em que local podem os pais tomar as refeições?

- no hospital (cafeteria, refeitório dos funcionários etc.)

- no serviço, em local próprio

- fora do hospital

Existem telefones no serviço ao dispor das crianças? Sim Não

Estes telefones encontram-se à altura duma criança? Sim Não

Existem telefones no serviço ao dispor da família? Sim Não

1.4 Horários de visita no serviço de Pediatria

- Para os pais: ilimitados / ou das ____ h às ____ h.

- Para a família e amigos: ilimitados / ou das ____ h. às ____ h.

São autorizadas visitas de crianças menores de 12 anos? Sim Não

1.5 Associações que intervêm no serviço

Nome e dados da(s) associação(ões) e do responsável:

II. Recepção, informação e comunicação

Faça uma cruz na ou nas respostas correctas

2.1 Generalidades

Existe um programa de preparação para o internamento programado no serviço Sim Não

Em caso afirmativo, como está organizado? _____

Existem meios de informação dirigido(s) às crianças?

- guia de acolhimento

- vídeo

- painel de fotografias

- visita ao serviço

- banda desenhada

- outro meio Especifique: _____

Meio(s) de informação dirigido(s) aos pais?

- guia de acolhimento

- visita ao serviço

- outro meio

Especifique: _____

Carta da Criança Hospitalizada

- É do conhecimento dos profissionais? Sim Não
- Está integrada no Guia de Acolhimento? Sim Não
- Está amplamente exposta? Sim Não
- Tem havido sensibilização/formação dos profissionais para a sua aplicação? Sim Não
- Há projecto em curso para a sua aplicação? Sim Não Quais? _____
-
-

Quando uma criança e família não falam português, qual é o procedimento seguido?

- recorre-se a um intérprete? - faz-se apelo a recursos locais (pessoal, outros familiares, etc.)
- outros? Especifique _____

De que maneira podem os pais transmitir as suas observações/comentários à equipa de saúde?

- livro próprio de registo pais-equipa de saúde
- quadro onde os pais podem fazer anotações/sugestões
- outra(s) maneira(s) Especifique _____

Foram organizadas acções de formação sobre acolhimento para os membros do serviço?

- Sim Não De que modo? _____

III. Internamento da criança

Faça uma cruz na ou nas respostas correctas.

3.1 O quarto da criança

Tem quartos individuais? _____ Quantos _____

O espaço do quarto reservado a cada criança é personalizado? Sim Não

De que forma? _____

Número médio de camas por quarto _____

As crianças podem usar roupa própria? Sim Não

Existe no quarto da criança:

- televisão? Sim Não - o seu uso é gratuito? Sim Não
- telefone? Sim Não
- mobiliário infantil? Sim Não - uma cama anexa para os pais? Sim Não
- cadeirão? Sim Não

3.2 Cuidados e exames médicos (colheitas, injecções, perfusões, tratamentos, radiografias etc.)

A criança recebe informação prévia sobre os cuidados ou exame que vai efectuar? Sim Não

Quem faz? _____

Esta informação é transmitida: - oralmente - fotograficamente
- através de um documento previamente preparado
- através de uma representação lúdica
- por outro meio Especifique: _____

Os pais recebem informação sobre os cuidados ou exame que vai ser efectuado à criança? Sim Não

Esta informação é transmitida: - oralmente - fotograficamente
- através de um documento previamente preparado
- através de uma representação lúdica
- por outro meio Especifique _____

A presença dos pais durante os cuidados ou exames:

- é autorizada - não é autorizada - individualizada
- é encorajada - é condicionada Especifique: _____

A participação dos pais nos cuidados básicos (higiene, refeição...) é encorajada? Sim Não

3.3 A temática da dor

Existe, no serviço (ou no hospital), um responsável relacionado com a temática da dor? Sim Não

Nome _____ Cargo _____

Existem protocolos de actuação? Sim Não

São organizadas acções de formação para os membros do serviço sobre este tema? Sim Não

3.4 A escola

Faça uma cruz na ou nas respostas correctas

Existe uma escola no serviço? Sim Não

Nome e apelido do(a) professor(a): _____

A escola colabora com associações? Sim Não Quais? _____

Material de que dispõem as crianças na escola:

- televisão - vídeo - computador(es)
- fax - outro(s) Especifique: _____

A escola participa em alguma destas actividades? :

- jornal - exposições - espectáculos
- outras Especifique: _____

Realizam-se actividades originais na escola? Especifique: _____

3.5 A sala de brincar, a sala de jogos e a ludoteca

Faça uma cruz na ou nas respostas correctas.

- Existe uma sala de brincar/ sala de jogos no serviço? Sim Não
A sala é comum a vários serviços? Sim Não
Existe um jardim ou um terraço onde as crianças possam brincar? Sim Não
Existe(m) educador(es) de crianças para animar a sala de brincar/sala de jogos? Sim Não
As associações colaboram no funcionamento da sala de brincar/sala de jogos? Sim Não
Quais? _____ Quantas vezes por semana? _____

Material de que dispõem as crianças na sala de jogos:

- televisão - vídeo - computador(es)
- fax - outro(s) Especifique: _____

Horário da sala de brincar/sala de jogos

- Dias de abertura: - todos os dias - dias úteis - fim de semana
Horário: - permanente - horário limitado De ____ h às ____ h.

Existe uma ludoteca que empreste jogos às crianças? Sim Não

3.6 A biblioteca

- Existe uma biblioteca para crianças: Sim Não
E para os pais? Sim Não
É ela comum a vários serviços? Sim Não
A biblioteca está situada em espaço próprio? Sim Não

Quem é responsável pelo seu funcionamento?

bibliotecário(s) profissional(ais) Sim Não
a tempo inteiro em regime de tempo parcial voluntário Sim Não

Nome e apelido do(a) bibliotecário(a): _____

Colaboram associações no funcionamento da biblioteca? Sim Não

Quais? _____

A biblioteca percorre os serviços para propôr e emprestar livros? Sim Não

A biblioteca empresta : - cassetes vídeo - cassetes audio - material informático

Horário da biblioteca:

Dias de abertura: todos os dias dias úteis fins de semana

Horário: permanente horário limitado De ____ h às ____ h.

3.7 Animações artísticas e culturais

Faça uma cruz na ou nas respostas correctas

Realizam-se actividades de animação artística e cultural no serviço? Sim Não

São comuns a vários serviços? Sim Não

Estas actividades têm um carácter: regular ocasional

São efectuadas por: profissionais remunerados benévolos

Trata-se de animações realizadas por: músicos palhaços contadores de histórias
actores marionetistas outros Especifique: _____

Que associações asseguram estas actividades de animação? _____

3.8 Outras acomodações

Existem no serviço outras acomodações para a família com o objectivo de facilitar o internamento da criança?

- sala de estar copa instalações sanitárias quartos

Outros. Quais? _____

IV. Unidade de cuidados intensivos (responder em caso de existir no serviço)

4.1 Presença e participação dos pais

A presença dos pais junto da criança é autorizada:

- ilimitada sim não especifique: _____

A presença dos pais junto da criança é encorajada? Sim Não

Em caso afirmativo, de que forma? Especifique : _____

A participação dos pais nos cuidados básicos à criança é encorajada? Sim Não

Em caso afirmativo, de que forma? Especifique: _____

4.2 Apoio psicológico à criança

O serviço dispõe de algum psicólogo? Sim Não

Nome: _____

São organizadas reuniões com o psicólogo? Sim Não

Que profissionais do serviço participam nessas reuniões?

- psicólogo - assistente social - médico
- enfermeiro - técnico de saúde - outro

Que temas são abordados nessas reuniões? _____

V. Projectos de melhoria do acolhimento no serviço

O serviço dispõe de projectos para melhorar o acolhimento das crianças e famílias? Sim Não

Quais? _____

Que profissional conduz e coordena o projecto: _____

Agradecemos que assinale de seguida o nome e a função da pessoa que preencheu este questionário:

Contacto mais fácil TELEF / TMV _____

Optamos, deliberadamente, por dar um carácter muito geral ao questionário dirigido ao conjunto dos serviços. No entanto para os serviços de anestesia, de cirurgia e de adolescentes incluímos questões complementares. Se mesmo assim o perfil particular do seu serviço não se encontrar suficientemente detalhado, pode completar a informação utilizando a rubrica "informações complementares".

VI. Serviço de anestesia

6.1 Informação sobre a anestesia

A criança recebe informação sobre a anestesia prevista? Sim Não

Quem dá a informação? _____

Esta informação é transmitida:

- oralmente - fotograficamente - através de documentos previamente preparados
- representação lúdica - por outro meio Especifique: _____

Os pais recebem informação sobre a anestesia? Sim Não

- oralmente - Através de documentos previamente preparados
- por outro meio Especifique: _____

Quem são os profissionais envolvidos: _____

6.2 Informação sobre a dor pós-operatória

A criança recebe informação sobre a dor e modalidades de tratamento? Sim Não

Os pais recebem informação sobre a dor e modalidades de tratamento? Sim Não

De que forma é transmitida esta informação? _____

6.3 Presença dos pais

A presença dos pais no momento da indução da anestesia:

- é autorizada - não é autorizada - é encorajada
- outras modalidades Especifique: _____

A presença dos pais no momento do acordar é:

- é autorizada - não é autorizada - é encorajada
- outras modalidades Especifique: _____

VII. Serviço de cirurgia pediátrica

7.1 Informação sobre a intervenção cirúrgica

A criança recebe informação sobre a intervenção prevista? Sim Não



Essa informação é transmitida:

- oralmente - fotograficamente - através de documentos previamente preparados
- através de representação lúdica - outro meio Especifique: _____

Os pais recebem informação sobre a intervenção prevista? Sim Não

- oralmente - através de documentos previamente preparados
- outro meio Especifique: _____

Quem são os profissionais envolvidos? _____

VIII. Internamento de Adolescentes

Faça uma cruz na ou nas respostas correctas

Se no serviço interna adolescentes, responda às seguintes questões:

8.1 Informação sobre a doença

O adolescente recebe informação detalhada sobre a sua doença? Sim Não

Esta informação é transmitida:

- oralmente - através de documentos previamente preparados
- outro meio Especifique: _____

8.2 Informação sobre o internamento

O serviço/unidade dispõe de equipa própria para atendimento de adolescentes? Sim Não

Especifique: _____

O número de dias de internamento é negociado com o adolescente? Sim Não

O serviço dispõe de regulamento interno? Sim Não

O adolescente pode ausentar-se do serviço? Sim Não

- Sozinho - Acompanhado

Quantas vezes por dia? _____

Para se dirigir à: Cafeteria Jardim

Outros Especifique _____

8.3 Informação geral sobre problemas de saúde

O serviço organiza informação sobre problemas de saúde? Sim Não

Que problemas são abordados?

- gravidez, contracepção e aborto
- doenças sexualmente transmissíveis
- toxicofilia
- suicídio
- outros temas Especifique _____

A informação sobre estes problemas é transmitida?

- individualmente
- colectivamente Especifique: _____

8.4 Consentimento do tratamento pelo adolescente

O consentimento do adolescente para o seu internamento é negociado? Sim Não

O consentimento do adolescente para o seu tratamento é sistematicamente solicitado? Sim Não

De que forma? Especifique _____

8.5 Características do internamento

Existe Unidade própria? Sim Não

A partir de que idade têm acesso a esta unidade? _____

Até que idade são acolhidos os adolescentes nesta unidade? _____

IX. Informações complementares sobre todo o Questionário

Se considerar necessário, prossiga numa folha à parte.

X. Estrutura do hospital para acolhimento da criança vítima de maus tratos e abusos sexuais

Faça uma cruz na ou nas respostas correctas.

Existe uma estrutura de apoio/acolhimento a crianças vítimas de maus tratos:

No serviço? Sim Não No hospital? Sim Não

Dispõe o serviço ou hospital de um profissional reconhecido pelo seu trabalho com crianças vítimas de maus tratos e família?

Sim Não

Nome, apelido _____ Função _____

Actua em coordenação com os profissionais do serviço: Sim Não

Que profissionais do serviço participam nesta cooperação?

psicólogo assistente social médico Enfermeiro

técnico de saúde professor educador Outro: _____

As estruturas de protecção à infância colaboram na resolução destes casos? Sim Não

Quais: _____

Serviços sociais institucionais Comissão de Protecção de Menores em Risco

Centro de saúde Tribunal de menores Tribunal de família

Outros _____

O número do "SOS criança" ou o número "Criança maltratada" estão claramente afixados no serviço? Sim Não

O serviço desenvolve projectos que visam melhorar a detecção de situações de maus tratos e o apoio às vítimas e suas famílias?

Sim Não

Quais? _____

O serviço promove iniciativas originais ou espontâneas que visam sensibilizar as famílias para os problemas dos maus tratos (encontros, apresentações de documentos, filmes, etc.) Sim Não Quais? _____



III Parte – Fichas de Caracterização dos Hospitais

1. Introdução

As fichas de caracterização dos hospitais foram elaboradas a partir dos resultados recolhidos durante o estudo “Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital”. De Novembro 2004 a Outubro de 2005, foram enviadas aos Directores de Pediatria / Directores Clínicos dos Hospitais para serem actualizadas e verificadas. Este processo de actualização e verificação foi aproveitado para recolher alguma informação adicional sobre o hospital, nomeadamente a lotação do serviço por unidade e o internamento de crianças em serviços de adultos, através de um questionário que se encontra em anexo (ver anexo – pergunta adicional).

Durante o processo de elaboração das fichas, tomámos por opção calcular a lotação final do serviço de pediatria através da soma do número de camas de todas as unidades que constituem o serviço exceptuando o número de berços (puerpério) que não entra nesta soma.

Cada pictograma representa a existência de um ítem. Caso esse ítem não exista no Serviço onde são atendidas crianças, o pictograma correspondente não figura na ficha. O mesmo se aplica aos casos em que a pergunta relativa ao pictograma não foi respondida. Este critério foi seguido para a integralidade da informação constante nas fichas.

Segue-se a descrição completa dos pictogramas e seu significado:



Existência de Serviço de Pediatria



Unidade Canguru ou Roming-In



Quartos tipo “mãe-criança”



Urgência Pediátrica Autónoma



Berçário



Cadeira para o pai e/ou mãe no quarto da criança



Unidade de Adolescente



Infraestruturas para Deficientes



Televisão no quarto da criança



Hospital de Dia



Sala destinada aos familiares



Cama para o pai/mãe no quarto da criança



Quartos individuais para as crianças



Meios específicos de informação sobre o internamento dirigidos aos pais e/ou à criança



Jardim ou terraço onde as crianças podem brincar



Quartos para crianças personalizados



Meios específicos (intérprete) para comunicar com familiares que não falam português



Biblioteca no serviço para crianças e/ou pais



Local onde os pais podem tomar as suas refeições



Meios para os pais comunicarem as suas observações/sugestões à equipa de saúde



Escola no serviço



Horários de visita para familiares e amigos alargados



Presença dos pais durante os cuidados ou exames



Animações artísticas e culturais no serviço



Autorização de visitas de crianças menores de 12 anos



Sala de brincar/sala de jogos no serviço



Existência de telefone no Serviço ao dispôr da família

2. Índice Remissivo

Região do Norte

A. Maternidades

Maternidade de Júlio Dinis 154

B. Hospitais Pediátricos

Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia 156

C. Hospitais Gerais com Pediatria

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia 159

Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde 161

Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso 163

Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães 165

Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo 167

Hospital de São Gonçalo – Amarante 170

Hospital de São João 172

Hospital de São João de Deus – Vila Nova de Famalicão 175

Hospital de São Marcos – Braga 178

Hospital de São Pedro 181

Hospital Distrital de Bragança 183

Hospital Distrital de Chaves 185

Hospital Distrital de Mirandela 188

Hospital Geral de Santo António 190

Hospital Padre Américo – Vale do Sousa 192

Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Matosinhos 194

Hospital Santa Maria Maior – Barcelos 197

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto 199

D. Hospitais Gerais sem Pediatria

Hospital de Dom Luiz I – Peso da Régua 202

Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo 202

Hospital de São José de Fafe 203

Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros 203

Hospital do Conde de Bertiandos – Ponte de Lima 203

Região do Centro

A. Maternidades

Maternidade Bissaya Barreto 204
Maternidade Dr. Daniel de Matos 206

B. Hospitais Pediátricos

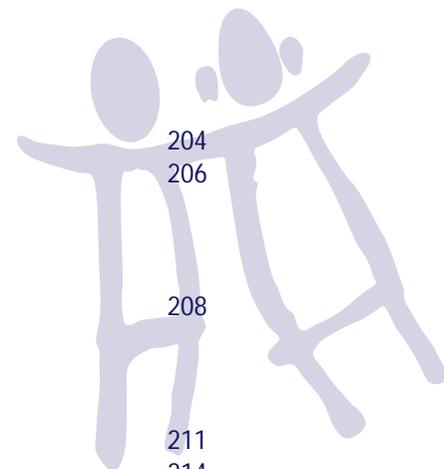
Hospital Pediátrico de Coimbra 208

C. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco 211
Hospital de Alcobaça – Bernardino Lopes de Oliveira 214
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda – Espinho 216
Hospital de Santo André – Leiria 217
Hospital de São Miguel – Oliveira de Azeméis 220
Hospital de São Sebastião – Santa Maria da Feira 223
Hospital de São Teotónio – Viseu 226
Hospital Distrital da Covilhã 229
Hospital Distrital da Figueira da Foz 232
Hospital Distrital das Caldas da Rainha 234
Hospital Distrital de Águeda 237
Hospital Distrital de Lamego 239
Hospital Distrital de Pombal 242
Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar 244
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro 247
Hospital José Luciano de Castro – Anadia 250
Hospital Sousa Martins – Guarda 252

D. Hospitais Gerais sem Pediatria

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais 254
Hospital Cândido de Figueiredo – Tondela 254
Hospital de Nossa Senhora da Assunção – Seia 254
Hospital Distrital de São João da Madeira 256
Hospital Distrital do Fundão 256
Hospital do Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede 256
Hospital do Visconde de Salreu – Estarreja 257
Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche 257
Hospital Termal Rainha Dona Leonor 257
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra 257



Região de Lisboa e Vale do Tejo

A. Maternidades

Maternidade Dr. Alfredo da Costa 258

B. Hospitais Pediátricos

Hospital Dona Estefânia 260

C. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital Condes de Castro Guimarães – Cascais 263

Hospital de Nossa Senhora da Graça – Tomar 265

Hospital de Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira 267

Hospital de Santa Cruz 270

Hospital de Santa Maria 272

Hospital de Santa Marta 275

Hospital de São Bernardo de Setúbal 277

Hospital de São Francisco Xavier 280

Hospital Distrital de Santarém 283

Hospital Distrital de Torres Vedras 285

Hospital Doutor Manoel Constâncio – Unidade de Abrantes 287

Hospital Fernando da Fonseca – Amadora/Sintra 290

Hospital Garcia de Orta – Almada 293

Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro 296

Hospital Ortopédico Santiago do Outão 298

Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas 301

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa 303

D. Hospitais Gerais sem Pediatria

Hospital Curry Cabral 306

Hospital de Pulido Valente 306

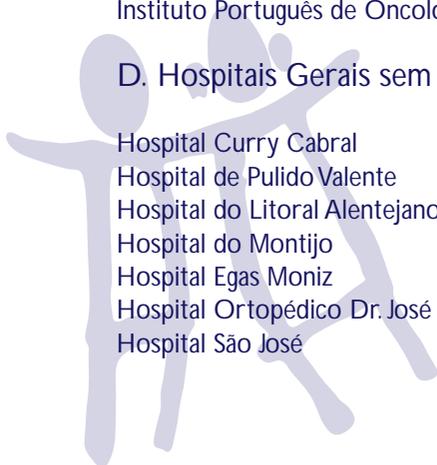
Hospital do Litoral Alentejano 307

Hospital do Montijo 308

Hospital Egas Moniz 308

Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida 308

Hospital São José 309



Região do Alentejo

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital de Santa Luzia de Elvas	310
Hospital do Espírito Santo – Évora	311
Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre	314
Hospital José Joaquim Fernandes – Beja	317

B. Hospitais Gerais sem Pediatria

Hospital de São Paulo – Serpa	319
-------------------------------	-----

Região do Algarve

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	320
Hospital Distrital de Faro	322

Região Autónoma da Madeira

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Centro Hospitalar do Funchal	325
------------------------------	-----

Região Autónoma dos Açores

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo	328
Hospital do Divino Espírito Santo – São Miguel	331

3. Fichas de Caracterização

Região do Norte

A. Maternidades

Maternidade de Júlio Dinis
Largo da Maternidade – 4050-371 PORTO
Lotação do hospital: 108 camas

Tel. 226 087 400
Fax: 226 087 411

Internamento de recém nascidos junto das mães, recém nascidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais. Consulta externa de Pediatria no 1º ano de vida e Consulta de Desenvolvimento até aos 5 anos de idade.

Serviço de Neonatologia



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Consulta Externa de Pediatria até 1 ano
Consulta de Desenvolvimento até 5 anos
Interna apenas recém nascidos

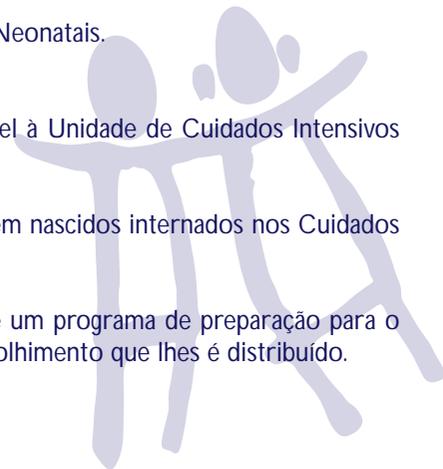
Directora: Maria Augusta Areias
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Otilia Canha
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 2
Psicólogos 1*
Pedopsiquiatras 1*
Educadores de Infância 0

Lotação: 86 camas
Número de camas por Unidade
Berçário (puerpério) 59
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 27
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

* em tempo parcial



- Presença dos Pais: das 8h00 às 24h00 no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Reunião semanal com os pais dos recém nascidos internados nos Cuidados Intensivos. Responsáveis: Pedopsiquiatra, Enfermeira e Assistente Social.
- Informações adicionais do serviço: A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais dispõe de um programa de preparação para o internamento em que os pais são acolhidos por uma Enfermeira desta Unidade com um livro de acolhimento que lhes é distribuído.



B. Hospitais Pediátricos

Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia
Rua da Boavista, 827 – 4050-111 PORTO
Lotação do hospital: 114 camas

Tel. 226 089 900
Fax: 226 000 841

Hospital Central Especializado de Crianças, polivalente e integrando um Departamento de Pedopsiquiatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.

A Urgência funciona no Hospital de São João, com equipas médicas do Hospital Maria Pia. Os doentes crónicos do Hospital, se a patologia o indica, são portadores de cartão de acesso nas 24 horas do Hospital Maria Pia (cerca de 1000 doentes).



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Directora Clínica: Manuela Machado
Enfermeiro Supervisor: Maria Amélia José Monteiro
Enfermeiros Chefe: Isaura Mendes, Inês Moreira,
Adozinda Pinho, Amélia Bento, Cecília Meira, Maria do
Céu Nabais, Rosário do Vale, Laura Galego, Teresa Cruz,
Ana Cristina Guerra, Maria da Luz Magno, Esmeralda
Teixeira, José Carlos Baltazar
Responsável – Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 2
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 2
Educadores de Infância 3
Professores 1

Lotação: 114 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 8
Serviço de Pediatria Médica 35
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 10
Serviço de Cirurgia Geral e especialidades 40
Departamento de Pedopsiquiatria 14
Serviço de Nefrologia / Hemodiálise 7
Hospital de Dia 0
Berçário (Puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 3



Escola

Responsável: Manuela Tavares, professora;

Material existente: computadores.

Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância; colaboração esporádica de voluntários;

Horário: dias úteis, das 8h30 às 17h30;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores.

Ludoteca

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de sala de estar, copa, instalações sanitárias e quartos próprios, instalados em edifício anexo ao Hospital.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo técnico que as executa.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Médico Anestesta e Enfermeiro, na consulta pré-operatória. Recebem igualmente informação sobre a dor e modalidades de tratamento, na consulta pré-operatória ou na Unidade de Recobro.
Os pais e a criança recebem informação oral sobre a cirurgia pelo Médico Cirurgião e Enfermeiro.

• Visitas: Horário para familiares e amigos: das 8h00 às 20h00.

• Adolescentes: os adolescentes são internados no Departamento de Pedopsiquiatria. Existe uma equipa própria de adolescentes, constituída por um Médico, um Enfermeiro, um Psicólogo e uma Assistente Social.

O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado e recebe informação oral sobre a doença.

O adolescente pode ausentar-se do Serviço acompanhado e para se dirigir à sala de jogos, à cafetaria, ao jardim e para passar os fins de semana com a família.

Há informação organizada sobre os problemas do adolescente referentes à área da Psiquiatria.

• Crianças vítimas de maus tratos: Intervêm nestas situações o Psicólogo, os Assistentes Sociais, os Médicos e os Enfermeiros. A articulação faz-se com o PAFAC, o Tribunal de Família, o Tribunal de Menores, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e os Serviços Sociais.

Participação Cívica: Liga de Amigos (Dra. Clara Gomes) e Voluntariado (Sra. Manuela Almeida).

• Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos e actores. Colaboração da Liga de Amigos, dos Clubes Rotários e da Fundação do Gil.

• Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Espaço próprio para crianças dependentes de ventilação assistida: Criação de espaço próprio para doentes imunodeprimidos e terminais e melhoria das condições de acolhimento para pais e crianças no admitir aos serviços cirúrgicos. Responsável: Direcção do Hospital e Comissão de Humanização.

• Informações adicionais do serviço: O sector de enfermagem organiza acções de formação sobre acolhimento para os enfermeiros e alunos.

• Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

C. Hospitais Gerais com Pediatria

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Rua Conceição Fernandes – 4400 VILA NOVA DE GAIA
Lotação do hospital: 527 camas

Tel. 227 865 100
Fax: 223 796 060



Hospital Central. Tem Neonatologia, Cuidados Intensivos Neonatais, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica, Diagnóstico Pré-natal e Fertilização In Vitro.
Internamento de Crianças em Serviços de adultos: Ortopedia e Cirurgia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 16 anos

Director: Fernando Rodrigues
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Amália Matos
Responsável - Dor: Fernando Rodrigues, Chefe de Serviço
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 2
Pedopsiquiatras 2
Educadores de Infância 2
Professores 1

Lotação: 40 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 6
Enfermaria 23
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 6
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 5
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 2 a 5
Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: todos os dias, das 8h00 às 20h00;

Material existente na sala: televisão, computadores.

Ludoteca

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; das 8h às 22h na Unidade de Cuidados Intensivos; autorizada na prestação de cuidados ou exames, excepto em situações de reanimação cardio-respiratórias ou manobras invasivas; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada a presença do pai ou da mãe no recobro imediato.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças e visita ao serviço para as crianças. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames e também por meios lúdicos à criança e por escrito aos pais. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestésista ou Enfermeiro. Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia pelo Cirurgião Pediatra.
- Visitas: Crianças menores de 12 anos, só com autorização prévia.
- Adolescentes: O consentimento do adolescente para o seu internamento é solicitado. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença. São organizadas reuniões individuais sobre problemas de saúde com os adolescentes, sobre obesidade, sono, diabetes e prevenção de acidentes.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Laranjeira, Pediatra; Intervém nestas situações a Assistente Social. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores e o Tribunal de Família.
- Participação Cívica: Liga de Amigos do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.
- Animações artísticas e culturais: ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços e contadores de histórias.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Centro Hospitalar Póvoa do Varzim / Vila do Conde
Largo das Dores – 4490-421 PÓVOA DO VARZIM
Lotação do hospital: 148 camas

Tel: 252 690 600
Fax: 252 611 120

Centro Hospitalar com um ano e meio de existência resultante da união de dois Hospitais Distritais de Nível I (Hospital da Póvoa do Varzim e Hospital de Vila do Conde).
É feita uma triagem no Serviço de Urgência por Clínicos Gerais e uma observação por um Pediatra presente no Serviço de Urgência. Os Recém Nascidos (até aos 28 dias) são imediatamente observados pelo Pediatra. Existe no Serviço de Urgência um Serviço de Observação de Pediatria com 3 camas.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: Jorge Tavares Moreira
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Maria Deolinda Silva Ferreira Nogueira
Responsável - Dor: Jorge Tavares Moreira
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 0
Professores 0

Lotação: 23 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 3
Enfermaria 10
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 10
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 15
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 1



- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; das 9h00 às 22h00 na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia nem no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças e um vídeo para as crianças. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Enfermeiros e Médicos. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (banho, aleitamento, vestir). Os pais dispõem de um quadro para anotarem as suas sugestões / reclamações.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestésista na consulta de Anestesia. São igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento. As crianças dispõem de quartos personalizados com brinquedos e objectos pessoais.
- Adolescentes: Internamento até aos 15 anos, excepcionalmente até aos 18 anos. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença. Pode ausentar-se do serviço acompanhado.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Isabel Paulo, Assistente Social; Intervêm nestas situações a Assistente Social e os Médicos. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e os Serviços Sociais.
- Participação Cívica: Liga de Amigos do Hospital, Pelouro da Cultura da Câmara Municipal da Póvoa do Varzim e Bracalândia.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços, contadores de histórias e marionetistas. Colaboração do Pelouro da Cultura da Câmara Municipal da Póvoa do Varzim e Bracalândia.
- Informações adicionais do serviço: O sector de enfermagem tem pessoal de referência para a recepção ao internamento, tem um programa de preparação para o internamento e organiza acções de formação sobre acolhimento.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.

Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso
Largo Domingos Moreira – 4780-371 SANTO TIRSO
Lotação do hospital: 125 camas

Tel. 252 830 700
Fax: 252 830 705



Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: Guimarães Dinis
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Fátima Fernandes
Responsável - Dor: Grupo de trabalho (Enfermeiras,
Pediatra e Anestésista)
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 22 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 15
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 7
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 1



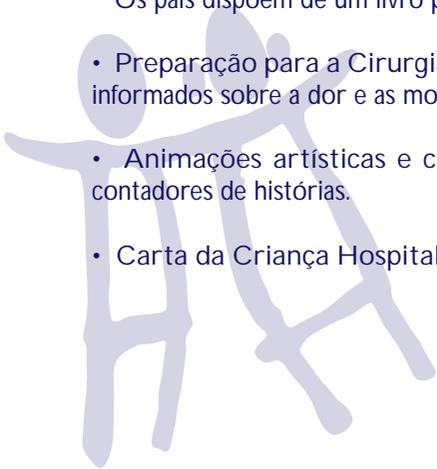
Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: dias úteis, das 10h00 às 17h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos, brinquedos, livros.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia nem no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias e de quartos para puérperas.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e banda desenhada para as crianças. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e / ou exames. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). Os pais dispõem de um livro para anotarem as suas sugestões / reclamações.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestésista. Os pais são igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários e profissionais remunerados: palhaços, actores e contadores de histórias.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.



Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães
Rua dos Cutileiros Creixomil – 4180-052 GUIMARÃES
Lotação do hospital: 498 camas

Tel. 253 540 330
Fax: 253 513 592

Hospital diferenciado, Grupo II (tem as especialidades básicas no Serviço de Urgência).
Internamento de crianças em serviços de adultos: Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Quando necessário, o Serviço de Pediatria interna as crianças no serviço de quartos particulares.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Pedro de Freitas
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiras Chefe: Isabel Maria Gonçalves (Pediatria); Maria José Rebelo (Neonatologia)
Responsável – Dor: Laurinda Lemos, Assistente Graduada de Anestesiologia
Responsável - Acolhimento: Enfermeiro e Médico
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 2
Professores 0

Lotação: 50 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 30
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 20
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 40
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 4



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: todos os dias, das 9h00 às 16h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores.

Ludoteca

- Presença dos Pais: limitada no internamento; ilimitada e encorajada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de sala de estar, copa e instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças e também vídeo, banda desenhada e um painel de fotografias para as crianças. É dada informação oral e escrita aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e / ou exames pelo Médico, Enfermeiro ou Educador de Infância e também por meios lúdicos à criança.
A participação dos pais na higiene e alimentação da criança é encorajada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
Os pais dispõem de um livro para anotarem as suas sugestões / reclamações.
- Visitas: horários condicionados para os avós.
- Adolescentes: Existe um quarto individual para crianças dos 10 aos 15 anos.
O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado. Pontualmente, o número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença. Há informação organizada sobre problemas de saúde do adolescente, intoxicações, prevenção de acidentes, alimentação, rinite, asma, doenças crónicas (diabetes, etc.).
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários e profissionais remunerados: palhaços, actores, músicos, contadores de história e marionetistas.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo
Centro Hospitalar do Alto Minho - Estrada de Santa Luzia – 4901-858 VIANA DO CASTELO
Lotação do hospital: 534 camas

Tel. 258 802 100
Fax: 258 821 132

Hospital de Nível II integrado no Grupo Hospitalar do Alto Minho, juntamente com o Hospital de Ponte de Lima. Serve uma população de cerca de 250 000 habitantes.

Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia e Cirurgia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma

Internamento até aos 12 anos

Estão a ser criadas condições para que todas as crianças até aos 18 anos sejam internadas no Serviço de Pediatria.

Directora: Maria Joana Moura

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Ana Abreu

Responsável - Dor: não existe

Responsável - Acolhimento: Enfermeira

Pessoal:

Assistentes Sociais 2

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 1

Educadores de Infância 1

Professores 0

Lotação: 41 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 4

Enfermaria 29

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 8

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica 0

Berçário (puerpério) 40

Número médio de camas por quarto 4

Número de quartos individuais 4



Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, projector de slides.

Ludoteca

Biblioteca para crianças

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: permanente;

Empréstimo de livros.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais para um dos acompanhantes, das 8h às 20h para o outro acompanhante analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico;
- Os pais dispõem de uma sala de estar, copa, instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças e painel de fotografias para as crianças; É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e / ou exames pelo Médico ou Enfermeiro. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Existe ainda uma psicóloga que apoia esta Unidade, organizando reuniões com os vários técnicos de saúde sobre técnicas de psicomotricidade, problemas comportamentais, de desenvolvimento, maus-tratos, etc.

Os pais dispõem de um quadro para anotarem as suas sugestões/reclamações.

- Preparação para a Cirurgia: A criança recebe informação oral sobre a anestesia pelos Médicos ou Enfermeiros.
- Adolescentes: O serviço dispõe de uma equipa para atendimento de adolescentes, composta por um Pediatra, uma Psicóloga e um Pedopsiquiatra. Está em projecto uma Unidade de internamento de adolescentes em instalações próprias e individualizadas.
O consentimento do adolescente para o seu internamento é sistematicamente solicitado. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral e escrita sobre a doença. Pode ausentar-se do serviço para se dirigir à cafetaria.
Há informação organizada sobre problemas de saúde do adolescente, gravidez, aborto, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, toxicofilia e suicídio.
Os adolescentes com doença crónica, problemas comportamentais e desenvolvimento dos 12 aos 18 anos podem ser internados no serviço.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 15h00 às 17h00 e das 18h00 às 19h00.
- Crianças vítimas de maus tratos: Núcleo de Apoio à Família e à Criança do Hospital Santa Luzia (NAFC)
Coordenadora: Maria Joana Moura, Directora do Serviço de Pediatria; Intervêm nestas situações a Psicóloga, as Assistentes Sociais, os Médicos, os Enfermeiros e um Técnico de Psicomotricidade.
A articulação faz-se com os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Centro de Saúde, o Tribunal de Menores e o Tribunal de Família.
Existe ainda uma outra articulação com o Serviço de Obstetrícia no sentido de detectar situações de risco e encaminhá-las para o NAFC. São igualmente realizadas reuniões com as famílias de risco de crianças internadas.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços, actores e marionetistas. Colaboração de Grupos de Professores e Escolas E. B., Grupos de Teatro Infantil, Associação Cultural e Educação Popular (ACEP), Associação Cultural dos Bombeiros Voluntários e Grupo de Ballet de Viana do Castelo.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: "Uma criança, um sorriso" (crianças filhas de toxicodependentes). Responsável: Enfermeira Olga Arriscado.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e integrada no guia de acolhimento. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de São Gonçalo – Amarante
Largo Sertório de Carvalho – 4600-037 AMARANTE
Lotação do hospital: 204 camas

Tel. 255 410 500
Fax: 255 410 501

Hospital de Nível 1, servindo uma população de 150 000 habitantes, com Serviço de Urgência permanente com todas as valências básicas (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Anestesia, Obstetrícia, Ginecologia, Apoio Laboratorial e Raio X).
O atendimento de crianças na Urgência e o internamento de curta duração estão integrados na Urgência Geral. A triagem é feita por Médicos de Clínica Geral.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 13 anos

Director: Manuel F. Tavares
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Assunção Barjão
Responsável - Dor: José Macieira, Assistente Hospitalar
Graduado
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadoras de Infância 1
Professores 0

Lotação: 24 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração -
Enfermaria -
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais/
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais -
Hospital de Dia -
Cirurgia Pediátrica -
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 1





Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: dias úteis, horário permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia nem no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças e vídeo e painel de fotografias para a criança. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico ou Enfermeiro.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Médico e Enfermeiros. São igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
- Visitas: Crianças menores de 12 anos, autorizadas pontualmente.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com brinquedos próprios e objectos pessoais.
- Crianças vítimas de maus tratos: Núcleo da Criança Maltratada
Coordenadora: Maria João Correia, Assistente Social; Intervêm nestas situações a Assistente Social, os Médicos, os Enfermeiros, a Educadora de Infância, o Psicólogo e o Pedopsiquiatra.
O núcleo articula-se com os Serviços Sociais, o Centro de Saúde e o Tribunal de Menores.
O núcleo desenvolve acções de formação, divulgação e sensibilização em vista a melhorar a detecção destes casos.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente (festas de aniversário, Dia da Criança, Natal e outras alturas festivas).
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Caixa de sugestões e novo guia de acolhimento.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento na integração dos novos elementos e em reuniões periódicas.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de São João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro – 4200-319 PORTO
Lotação do hospital: 1000 camas

Tel. 225 512 100
Fax: 225 512 273

Hospital Central Universitário.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

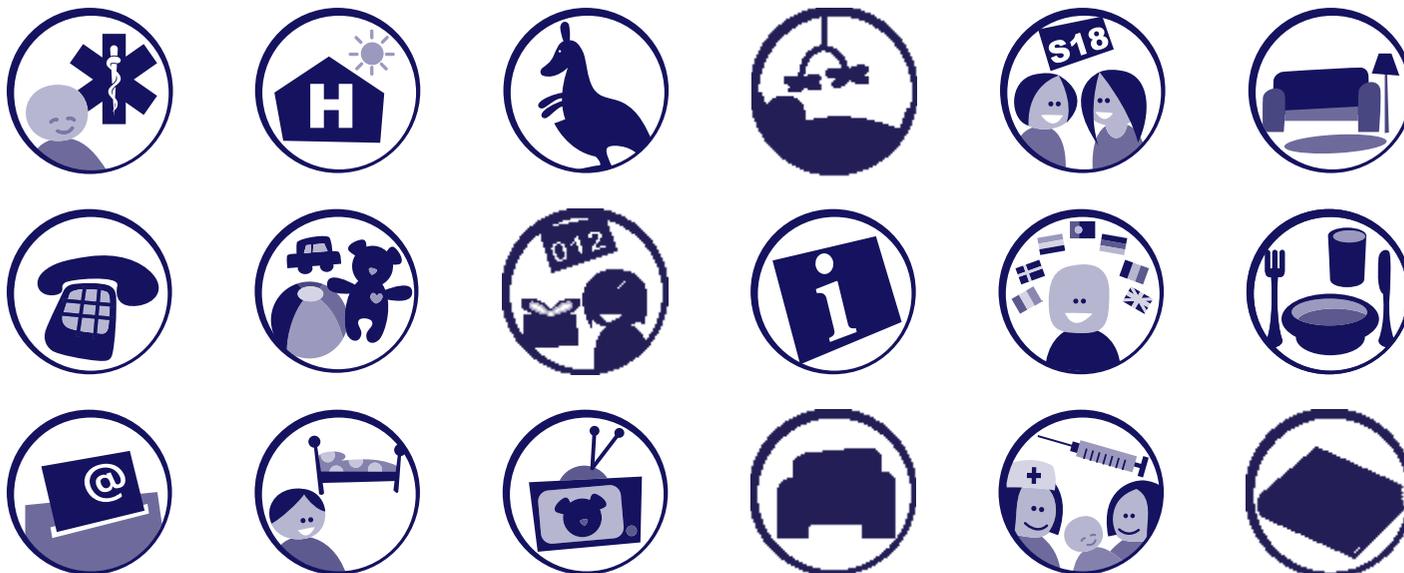
Departamento de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias
No serviço de Ortopedia de adultos, as crianças têm espaço próprio
com Enfermeiros e Médicos especialistas em Pediatria / Ortopedia.

Director: Álvaro Machado de Aguiar
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiras Chefe: Paula Maia (Ambulatório); Sílvia Costa
(Coordenadora)
Responsável - Dor: Filipe Almeida, Assistente Hospitalar
Graduado
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 2
Psicólogos 2
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 5
Professores 0

Lotação: 129 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 10
Enfermaria 54
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 7
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 20
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 20
Hemato-oncologia Pediátrica 12
Neurologia Pediátrica 6
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 2



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 16h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, jogos didáticos.

Ludoteca

Biblioteca para crianças

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 15h00.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; ilimitada e encorajada na Unidade de Cuidados Intensivos; autorizada na prestação de cuidados ou exames, mas não aconselhada durante a realização de técnicas invasivas; é autorizada na indução da anestesia; não é autorizada no pós-anestésico.

- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças e vídeo, painel de fotografias, banda desenhada e material informático interativo para as crianças.

É dada informação oral aos pais e à criança sobre os cuidados e/ou exames pelo Médico ou Enfermeiro e também por meios lúdicos à criança e por escrito aos pais.

Os pais dispõem de um livro de reclamações/sugestões no serviço.

- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta e a criança também por meios lúdicos.
A criança e os pais são eventualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
O Cirurgião Pediatra informa oralmente os pais e a criança sobre a cirurgia e também por meios lúdicos a criança.
- Adolescentes: Existe uma equipa para adolescentes, composta por um Médico com formação específica.
O consentimento do adolescente para o internamento é sistematicamente solicitado e recebe informação oral e escrita (os portadores de doença crónica) sobre a doença.
São organizadas reuniões individuais sobre problemas de saúde dos adolescentes, acções multidisciplinares que variam com a programação anual dos temas a abordar.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 16h00 às 18h00 (2 pessoas por criança).
- Crianças vítimas de maus tratos: PAFAC
Coordenadora: Júlia Eça Guimarães;
Intervêm nestas situações os Psicólogos, os Assistentes Sociais, os Médicos, os Enfermeiros e as Educadoras de Infância.
O PAFAC articula-se com o Tribunal de Menores.
- Participação Cívica: Associação para as Crianças do Hospital São João, Acreditar e Fundação do Gil.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços e marionetistas. Colaboração da Associação para as Crianças do Hospital São João.
- Projectos de melhoria do acolhimento no Serviço: Actualização do guia de acolhimento.
- Informações adicionais no serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento pelo Departamento. Existe um programa de preparação para o internamento, através do internamento pelo ambulatório, onde se estabelece com os familiares a programação da hospitalização.
A Unidade de Cuidados Intensivos tem o apoio de psicólogos que organizam reuniões com os Assistentes Sociais, Médicos e Enfermeiros sobre as diversas patologias.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação. Está em curso um projecto que visa dar maior visibilidade e sensibilizar o Conselho de Administração para a completa implementação da Carta.

Hospital de São João de Deus – Vila Nova de Famalicão
R. Cupertino Miranda – Ap. 31– 4764-958 VILA NOVA DE FAMALICÃO
Lotação do hospital: 205 camas

Tel. 252 300 800
Fax: 252 312 963



Hospital Distrital de Nível 2.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 12 anos

Director: José Manuel Gonçalves de Oliveira

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Maria Arlete Sousa Pinto

Responsável - Dor: não existe

Responsável - Acolhimento: Enfermeiro

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 0

Educadores de Infância 2

Professores 0

Lotação: 28 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 2

Enfermaria 12

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 9

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais 0

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica 5

Berçário (puerpério) 15

Número médio de camas por quarto 8

Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: todos os dias, das 8h30 às 19h30;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

Ludoteca

Biblioteca para crianças

Responsáveis: Bibliotecário profissional, voluntário;

Horário: uma vez por semana;

Empréstimo de livros, cassetes áudio e vídeo

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; autorizada na indução da anestesia; encorajada no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Médicos e/ou Enfermeiros e também por meios lúdicos à criança. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Enfermeiro ou Médico e a criança também por meios lúdicos. São informados sobre a dor e as modalidades de tratamento existentes. Os pais e a criança são igualmente informados oralmente sobre a cirurgia e a criança também por meios lúdicos.

- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 17h00 às 18h00.
- Crianças vítimas de maus tratos: Intervêm nestas situações a Psicóloga, a Assistente Social, os Médicos, os Enfermeiros e as Educadoras de Infância. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, os Serviços Sociais, o Tribunal de Menores e o Tribunal de Família.
- Participação Cívica: Associação Pediátrica do Minho.
- Projectos de melhoria do acolhimento no Serviço: Reestruturação das instalações do serviço.
- Informações adicionais do serviço: São realizadas reuniões com a Psicóloga, a Assistente Social, os Médicos e Enfermeiros, nas quais se abordam problemas tais como a inserção da criança, problemáticas familiares, etc.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de São Marcos – Braga
Largo Engenheiro Carlos Amarante – Ap. 2242 – 4701-965 BRAGA

Tel. 253 209 000
Fax: 253 613 334

Hospital Central, referência directa para a área de Pediatria de 350 000 habitantes.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Directora: Almerinda Maria Pereira
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiras Chefe: Amélia Santos (Pediatria - crianças);
Joaquina Peixoto (Neonatologia); Helena Neto (Pediatria
– adolescentes)
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 54 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 3
Enfermaria 31
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 20
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia* 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 35
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 2

* de pediatria médica



Sala de Brincar

Responsável: Educador de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores;

Colaboração: Cruz Vermelha Portuguesa.

Biblioteca para crianças

Responsável: voluntário;

Horário: permanente.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada durante a prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia nem no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças, painel de fotografias para crianças e visita ao serviço para os pais. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro e também por meios lúdicos à criança.

Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).

É efectuado periodicamente um questionário anónimo aos pais.

- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia. São informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
- Adolescentes: Existe uma unidade própria para adolescentes, que interna crianças e jovens dos 8 aos 18 anos e que dispõe de equipa própria. O consentimento do adolescente para o seu internamento é sistematicamente solicitado por escrito. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença. Pode ausentar-se do Serviço acompanhado para se dirigir ao jardim. São organizadas reuniões colectivas sobre problemas de saúde dos adolescentes, gravidez, contracepção, aborto e doenças sexualmente transmissíveis.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 15h00 às 20h00; são permitidas a irmãos menores de 12 anos.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Alexandra, Assistente Social; Intervêm nestas situações os Médicos e os Enfermeiros.
A articulação faz-se com os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Centro de Saúde, o Tribunal de Menores e o Tribunal de Família.
- Participação Cívica: Cruz Vermelha Portuguesa.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente. Colaboração de Escolas.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital de São Pedro
Centro Hospitalar Vila Real / Peso da Régua - Avenida da Noruega – 5000-508 VILA REAL
Lotação do hospital: 322 camas

Tel. 259 300 500
Fax: 259 300 503

Hospital Distrital que é referência para 10 Concelhos do Distrito de Vila Real.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Oftalmologia. A patologia traumática é observada na Urgência Geral.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: J. Arelo Manso
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Emília Carvalho Gomes
Responsável - Dor: Rosário Abrunhosa, Assistente Hospitalar de Anestesiologia
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1*
Pedopsiquiatras 1*
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 32 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 5
Enfermaria 15
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 6
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 6
Berçário (puerpério) 21
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 6

* integrados no serviço de Psiquiatria



Sala de Brincar

Responsável: -;

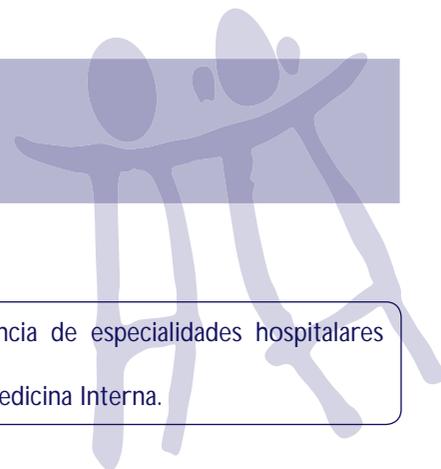
Horário: permanente;

Material existente na sala: vídeo, televisão, computador.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames.
- Os pais dispõem de sala de estar e instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo profissional que os presta. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). Os pais podem comunicar com a equipa de saúde por escrito ou verbalmente.
- Adolescentes: O adolescente recebe informação oral sobre a doença.
- Visitas: são permitidas a partir dos 10 anos.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com objectos pessoais.
- Participação Cívica: Liga dos Amigos do Hospital.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços e marionetistas.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento para doentes com patologias crónicas e vários internamentos.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Distrital de Bragança
Av. Abade Baçal – 5301-852 BRAGANÇA
Lotação do hospital: 276 camas

Tel. 273 310 800
Fax: 273 310 813



Hospital Distrital. Serviço de Pediatria: 8 lugares no quadro, estando apenas 2 ocupados; Ausência de especialidades hospitalares fundamentais, nomeadamente Neurologia/Cardiologia.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Medicina Interna.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 13 anos

Directora: Maria Judite Ramos Marques
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Clemência Fernandes
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 0
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras* 1
Educadoras de Infância 1
Professores 0

* integrado no serviço de Psiquiatria

Lotação: 14 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 10
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 4
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 10
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 1



Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: dias úteis, das 8h30 às 16h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores.

Ludoteca

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; autorizada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia, nem no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro ou Médico.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
É distribuído um questionário anónimo aos pais na altura da alta.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestésista. Os pais são informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento para os membros do serviço através de reuniões gerais.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.

Hospital Distrital de Chaves
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro – 5400-279 CHAVES

Tel. 276 300 900
Fax: 276 300 901

Hospital Distrital com todas as especialidades básicas e Hemodiálise.
As especialidades ligadas a outras situações que não pediatria (Ortopedia, Cirurgia, ORL, etc.) são atendidas nos Serviços de adultos.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Director: João Vasco Reis Morais
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Adelaide Rebelo
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeira Especialista
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 0
Professores 1

Lotação: 26 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 18
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 8
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 27
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 0



Escola

Responsável: Elizete, professora;

Material existente: computadores, livros, jogos, material escolar.

Sala de Brincar

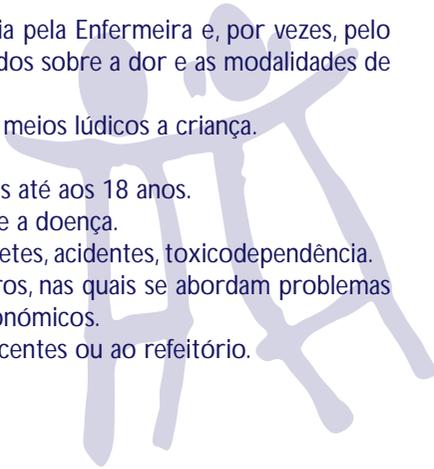
Responsável: -;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, brinquedos, jogos, livros;

Colaboração: Ludoteca da Universidade de Trás-os-Montes.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; é condicionada ao perfil dos pais na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar e de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças e vídeo para as crianças. É dada informação oral e fotográfica aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro e também por meios lúdicos à criança. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). É distribuído um inquérito de avaliação anónimo aos pais.



- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pela Enfermeira e, por vezes, pelo Anestesta. Os pais recebem também informação escrita e a criança por meios lúdicos. São informados sobre a dor e as modalidades de tratamento pelos Médicos e Enfermeiros.

Os Médicos e Enfermeiros informam oralmente a criança e os pais sobre a cirurgia e também por meios lúdicos a criança.

- Adolescentes: Existe uma Unidade própria para o internamento de adolescentes, dos 10/12 anos até aos 18 anos. O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado e recebe informação oral sobre a doença. São organizadas reuniões individuais e colectivas sobre problemas de saúde dos adolescentes, diabetes, acidentes, toxicodpendência. São realizadas reuniões ocasionais com a Psicóloga, a Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros, nas quais se abordam problemas tais como os maus-tratos (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens), o suicídio e problemas económicos. O adolescente pode ausentar-se do Serviço acompanhado para se dirigir ao bazar, à sala de adolescentes ou ao refeitório.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 14h30 às 19h00. As crianças dispõem de quartos personalizados com mobiliário infantil e individual e cortinas.
- Participação Cívica: Ludoteca da Universidade de Trás-os-Montes.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: contadores de histórias e palhaços. Colaboração da Ludoteca da Universidade de Trás-os-Montes e Bracalândia.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento na forma de cursos teóricos.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Distrital de Mirandela
Av. Nossa Senhora do Amparo – 5370-210 MIRANDELA
Lotação do hospital: 112 camas

Tel. 278 260 500
Fax: 278 265 793

Hospital distrital com todas as valências básicas: Cirurgia, Pediatria / Neonatologia, Obstetrícia, Medicina, Anestesiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Gastroenterologia, Imagiologia, Cardiologia e Neurologia.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Cirurgia Geral, Medicina, Ginecologia / Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia a partir dos 15 anos.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Oscar Vaz

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Elsa Sousa

Responsável - Dor: A. Silva, Anestesiologista

Responsável - Acolhimento: Enfermeira de Serviço

Pessoal:

Assistentes Sociais 1*

Psicólogos 0

Pedopsiquiatras 0

Educadoras de Infância 0

Professores Quarto 3

*que dá apoio a todo o hospital

Lotação: 11 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 0

Enfermaria 8

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica 3

Berçário (puerpério) 4

Número médio de camas por quarto 3

Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: Todos os dias, das 8h00 às 22h00;

Material existente na sala: televisão, computadores.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada e condicionada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Médico. São igualmente informados oralmente sobre a dor e as modalidades de tratamento e sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 13h00 às 20h00.
- Adolescentes: Os adolescentes são internados no serviço até aos 14 anos inclusive. O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado e recebe informação oral sobre a doença. Há informação organizada sobre problemas de saúde do adolescente, intoxicações, prevenção de acidentes, alimentação, rinite, asma, doenças crónicas (diabetes, etc.).
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Geral de Santo António
Largo do Prof. Abel Salazar – 4099-001 PORTO
Lotação do hospital: 596 camas

Tel. 222 077 500
Fax: 223 320 318

Hospital Geral, dispõe de Serviço de Obstetria, Pediatria e Neonatologia. Todas as especialidades colaboram no tratamento das crianças, excepto na área de Cirurgia Pediátrica.

A urgência pediátrica está centralizada no Hospital de São João. Os pediatras do Hospital Geral de Santo António fazem urgência no referido hospital.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 16 anos

Não existe no Hospital a especialidade de Cirurgia Pediátrica, contudo são operadas muitas crianças em especialidades como Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, etc. assim como efectuados transplantes renais em crianças. Todos os internamentos se processam no Serviço de Pediatria, mediante reserva prévia de camas. Neste Hospital todas as crianças são internadas no Serviço de Pediatria ou no Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.

Directora do Serviço de Pediatria: Margarida Medina
Director da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e
Pediátricos: Octávio Cunha
Enfermeiro Supervisor: Brito (Área Materno Infantil)
Enfermeira Chefe: Manuela Aguilar
Responsável - Dor: Margarida Guedes
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 4
Professores 0

Lotação: 47
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 30
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 3
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 12
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 2
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 10



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 8h00 às 18h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores.

- Presença dos Pais: Dois acompanhantes das 8h30 às 20h30 e um acompanhante das 20h30 às 8h30 no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia nem no pós-anestésico, excepto em situações particulares.
- Os pais dispõem de uma sala de estar, instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico ou Enfermeiro.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Os pais dispõem de uma caixa de sugestões e de um destacável no guia de acolhimento para anotarem as suas sugestões /reclamações.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação sobre a anestesia pelos Anestestistas na consulta externa. São igualmente informados sobre a cirurgia pelo Cirurgião.
- Adolescentes: Existe uma unidade própria para adolescentes que interna jovens dos 12 aos 16 anos. O adolescente recebe informação oral sobre a doença. Pode ausentar-se do serviço acompanhado e para se dirigir à cafeteira e ao jardim.
- Crianças vítimas de maus tratos: Intervêm nestas situações o Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros.
A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores e o Projecto de Apoio à Família e à Criança.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Padre Américo – Vale do Sousa
Lugar do Tapadinho - Guilhufe - 4564-007 PENAFIEL

Tel. 255 714 000
Fax: 255 725 004

Hospital polivalente com Urgência, Medicina, Cirurgia e Pediatria.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia e Cirurgia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 16 anos

Director: José Carlos Sarmento

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Ana Maria de Sousa

Responsável - Dor: não existe

Responsável - Acolhimento: Enfermeira responsável de turno

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 0

Pedopsiquiatras 3

Educadoras de Infância 2

Professores 0

Lotação: 34 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 5

Enfermaria 18

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 11

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica 0

Berçário (puerpério) 26

Número médio de camas por quarto -

Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: todos os dias;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos diversos.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames.
- Os pais dispõem de quartos, sala de estar, copa e instalações sanitárias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança e painel de fotografias para as crianças. É dada informação oral ou por meios lúdicos aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames e também informação escrita aos pais pelo Médico ou Enfermeiro.
 - Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
 - Os pais podem comunicar com a equipa de saúde por escrito ou verbalmente.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços e marionetistas.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento. A informação é dada pela Enfermeira Chefe.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Matosinhos
Rua Dr. Eduardo Torres – 4450 MATOSINHOS
Lotação do hospital: 430 camas

Tel. 229 391 000
Fax: 229 391 654

A área de influência do Hospital corresponde aos Concelhos de Matosinhos, Maia, Vila do Conde e Póvoa do Varzim. O Hospital presta cuidados diferenciados ao longo do ciclo vital a doentes em situação aguda e crónica.
A Urgência Pediátrica funciona no Hospital São João e as crianças são depois estabilizadas e transferidas para o Serviço. As patologias do foro cirúrgico são encaminhadas para o Hospital de São João.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 13 anos

Director: Lopes dos Santos
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Albertina Canastra
Responsável - Dor: Grupo de trabalho (Enfermeiras, Pediatra e Anestésista)
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 0
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 31 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração -
Enfermaria -
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / -
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais -
Hospital de Dia -
Cirurgia Pediátrica -
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 3



Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

Biblioteca para crianças

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: tempo parcial.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames.
- Os pais dispõem de sala de estar e de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças e painel de fotografias para as crianças. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Pediatras e Enfermeiros. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). Existe papel e cartas do hospital para que os pais possam relatar ocorrências.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia pelos Médicos, Anestestistas e Enfermeiros.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 15h30 às 16h30.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com camas adaptadas, televisão, mesa, mesa de cabeceira e WC privado.
- Adolescentes: O adolescente recebe informação oral sobre a doença e pode ausentar-se do serviço acompanhado e para se dirigir ao Hall do Hospital.

- Crianças vítimas de maus tratos: Intervêm nestas situações o Psicólogo, a Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Centro de Saúde, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família e a Casa de Caminha.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, são realizadas por voluntários: músicos e contadores de histórias. Colaboração de Escolas (representações teatrais), Escolas de Bailado.
Existe um projecto educativo elaborado pela Educadora de Infância. Neste projecto a comunidade, escolas, biblioteca, ludoteca, grupos de teatro, etc. colaboram, apresentando propostas de actividades às crianças internadas. Sala de actividades pedagógicas ("Pátio das ideias").
- Projectos de melhoria do acolhimento no Serviço: Aquisição de mobiliário de apoio para familiares. Responsáveis: Enfermeira Chefe e Director do Serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital Santa Maria Maior – Barcelos
Campo da República, Ap. 181 – 4750-275 BARCELOS
Lotação do hospital: 236 camas

Tel. 253 809 200
Fax: 253 817 379

Hospital Distrital de Nível 2.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 12 anos

Director: José Gualdino Baptista da Silva
Enfermeiro Supervisor:
Enfermeira Chefe: Natália Paredes
Responsável - Dor: Anestesiologia
Responsável - Acolhimento: Enfermeira Chefe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 0
Professores 0

Lotação: 29 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 17
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 8
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 20
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsável: - ;

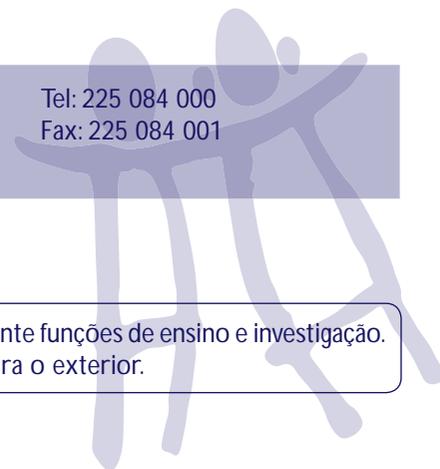
Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; autorizada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia, é autorizada no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança. É dada informação oral aos pais sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Médicos e Enfermeiros. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). Os pais dispõem de um livro para anotarem as suas sugestões/reclamações.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação sobre a anestesia pelo Anestesia ou Enfermeiro e são igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento. Recebem informação oral sobre a cirurgia.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsáveis: Ivone Teixeira, Assistente Graduada de Pediatria e Júlia Pojeira, Assistente Social; Intervêm nestas situações a Assistente Social, os Médicos e o Psicólogo. A articulação faz-se com o Tribunal de Menores.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos e palhaços.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida – 4200-072 PORTO
Lotação do hospital: 240 camas

Tel: 225 084 000
Fax: 225 084 001



Hospital especializado no tratamento de doentes portadores de doença oncológica, assumindo igualmente funções de ensino e investigação. A urgência funciona para crianças que já se encontram em tratamento no Serviço, não está aberta para o exterior.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Directora: Lucília Norton

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Helena Braga

Responsável - Dor: não existe

Responsável - Acolhimento: Lucília Norton

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 0

Educadores de Infância 2

Professores 2

Lotação: 24 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração -

Enfermaria -

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / -

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais -

Hospital de Dia -

Cirurgia Pediátrica -

Berçário (puerpério) -

Número médio de camas por quarto 2

Número de quartos individuais 7



Escola

Responsáveis: Cristina Figueiredo, professora (Ensino Secundário) e Filomena Cardoso, professora (Ensino Básico);

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores;

A escola participa num jornal, em exposições e espectáculos (de ballet e música) e organiza um acampamento anual de campismo.

Sala de Brincar

Responsáveis: Filomena Maia e Anabela Carvalho, educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 17h00;

Material existente na sala: vídeo, computadores;

Colaboração: Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Biblioteca para crianças

Responsáveis: voluntários;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 14h00.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; encorajada na prestação de cuidados ou exames.

- Os pais dispõem igualmente de uma sala de estar e de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Médicos e Enfermeiros.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.
Existe ainda uma psicóloga que apoia esta Unidade, organizando reuniões com os vários técnicos de saúde e o representante da Associação de Pais.
- Preparação para a Cirurgia: Os pais e a criança recebem informação oral sobre a cirurgia pelo Cirurgião Pediatra ou pelo Médico Pediatra.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 11h00 às 22h00.
- Adolescentes: Existe uma Unidade própria para adolescentes que interna jovens dos 15 aos 18 anos.
O consentimento do adolescente para o seu internamento é solicitado sistematicamente, através de um documento escrito. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
São organizadas reuniões sobre oncologia pediátrica com os adolescentes.
- Participação Cívica: Liga Portuguesa Contra o Cancro e Acreditar.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços e músicos. Colaboração da Liga Portuguesa Contra o Cancro e da Associação de Música.
- Projectos de melhoria do acolhimento no Serviço: Acções de formação. Responsável: Directora de Serviço
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas reuniões internas sobre acolhimento com membros do serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

D. Hospitais Gerais sem Pediatria

Hospital de D. Luiz I – Peso da Régua

Centro Hospitalar Vila Real / Peso da Régua Praceta Delfim Ferreira – 5054-001 PESO DA RÉGUA

Tel. 254 320 430

Fax. 254 320 438

O Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua S.A. é constituído pelo Hospital de São Pedro (Vila Real) e pelo Hospital D. Luiz I (Peso da Régua).

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral

Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Rua da Misericórdia – 4440-563 VALONGO

Lotação do Hospital: 74 camas

Tel. 224 227 402

Fax: 224 223 542

Serviços de Internamento: Cirurgia, Medicina, Ortopedia e Psiquiatria; Consulta Externa para as valências de: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Medicina Interna, Ortopedia e Psiquiatria; Serviço de Urgência: Unidade básica, indiferenciada, assegurada por médicos de Clínica Geral, aberta 24 horas; Meios Complementares de Diagnóstico com as seguintes valências: Electrocardiografia, Patologia Clínica e Radiologia.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral
Atende crianças na Consulta Externa
Interna crianças no Serviço de Cirurgia de adultos
Interna crianças no Serviço de Ortopedia de adultos

Hospital de S. José de Fafe
Praça José Florêncio Soares – Ap. 120 – 4824-957 FAFE
Lotação do Hospital: 97 camas

Tel. 253 700 300
Fax. 253 700 397



Hospital que se ocupa das valências básicas/médico-cirúrgicas. Serve Fafe e toda a zona de Basto.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral
Interna crianças no Serviço de Cirurgia de adultos
Interna crianças no Serviço de Ortopedia de adultos
Apenas os Serviços de Ortopedia e Cirurgia de adultos internam crianças, num curto período, mas com a presença do familiar mais próximo da criança durante o dia e a noite.

Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros
Rua Dr. Urze Pires – 5340-263 MACEDO DE CAVALEIROS
Lotação do Hospital: 115 camas

Tel. 278 428 200
Fax. 278 426 435

Não tem Serviço de Pediatria

Atende crianças na Urgência Geral
Interna crianças no Serviço de Ortopedia de adultos

Hospital do Conde de Bertiandos – Ponte de Lima
Centro Hospitalar do Alto Minho Largo do Conde de Bertiandos – 4990-041 PONTE DE LIMA
Lotação do Hospital: 72 camas

Tel. 258 909 500
Fax. 258 909 501

Hospital integrado no Centro Hospitalar do Alto Minho juntamente com o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na consulta externa

As crianças são atendidas na Consulta Externa por dois Pediatras do Centro Hospitalar do Alto Minho integrados no Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo. Com essa finalidade, deslocam-se ao Hospital de Ponte de Lima duas vezes por semana.

Região do Centro

A. Maternidades

Maternidade Bissaya Barreto
Rua Augusta – 3000-061 COIMBRA
Lotação da Maternidade: 166 camas

Tel. 239 480 400
Fax: 239 483 910

Maternidade Central com Serviço de Ginecologia.
Não existe urgência Pediátrica aberta para o exterior.

Serviço de Neonatologia



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Consulta Externa até aos 2 anos
Interna apenas recém nascidos

Directora: Conceição Ramos
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiras Chefe: Ilda Marques (UCI), Eduarda Couto (Recém
Nascido e Obstetrícia)
Responsável - Dor: Filomena Aquilino, Enfermeira
Responsável - Acolhimento: Enfermeiro
Pessoal:
Assistentes Sociais 3
Psicólogos 2
Pedopsiquiatras 1
Educadoras de Infância 3

Lotação: 59 camas
Número de camas por Unidade
Berçário (puerpério) 47
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 12
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0



- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; encorajada na prestação de cuidados ou exames.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais.
É dada informação oral e escrita aos pais sobre a prestação de cuidados e/ou exames.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Esta Unidade dispõe ainda de duas psicólogas para prestar apoio psicológico aos pais e à criança.
É distribuído um inquérito de satisfação aos pais regularmente.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 16h00.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Fátima Negrão, Médica Pediatra;
Intervêm nestas situações as Psicólogas, as Assistentes Sociais, os Médicos, os Enfermeiros, as Educadoras de Infância e o Pedopsiquiatra.
A articulação faz com os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família e o Centro de Saúde.
Os casos de risco social são seguidos desde a gravidez até aos 2 anos de idade em consulta específica.
Têm sido organizadas Jornadas sobre a temática – Crianças em Risco, acções institucionalizadas, com uma periodicidade de 2 anos.
- Participação Cívica: Associação Sorriso – Ninho.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Folhetos informativos; Responsável: Enfermeira Cláudia.

Maternidade Dr. Daniel de Matos
Rua Miguel Torga – 3030-165 COIMBRA
Lotação do hospital: 152 camas

Tel. 239 403 060
Fax: 239 401 624

Serviço de Neonatologia: 70 camas;
Serviço de Obstetrícia: 82 camas.

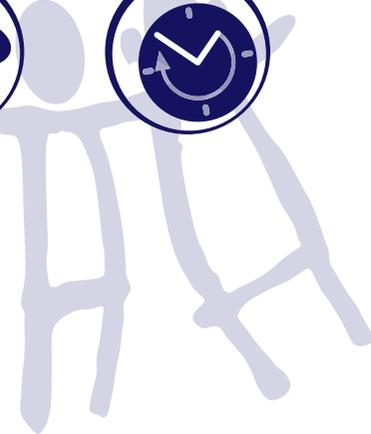
Serviço de Neonatologia



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Consulta Externa de Pediatria
Interna apenas recém nascidos

Directora: Rosa Ramalho Alves
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Amélia Góis
Responsável - Dor: Eulália Afonso, Neonatologista, Isabel Domingues, Enfermeira
Responsável - Acolhimento: Isabel Domingues, Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 2
Psicólogos 2
Pedopsiquiatras 0
Educadoras de Infância 0

Lotação: 70 camas
Número de camas por Unidade
Berçário (puerpério) 55
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 15
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0



- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; autorizada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: É dada informação oral aos pais sobre a prestação de cuidados e/ou exames. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Os pais dispõem de um livro para anotarem as suas sugestões/reclamações.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: ilimitado.
- Participação Cívica: Associação de Pais.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento para os membros do Serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.

B. Hospitais Pediátricos

Hospital Pediátrico de Coimbra
Av. Bissaya Barreto – 3000 COIMBRA
Lotação do hospital: 90 camas

Tel. 239 480 325
Fax: 239 717 216

Hospital Central Especializado. Presta cuidados de Saúde diferenciados em regime de ambulatório e internamento. Abrange toda a região Centro, regiões autónomas e PALOP. Em situação de doença crónica atende crianças da zona Norte e Sul do país.



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Director Clínico: António Capelo
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiros Chefe: -
Responsável - Dor: Ananda Fernandes, Enfermeira, Professora da Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca
Responsável - Acolhimento: Enfermeira ou Assistente Social
Pessoal:
Assistentes Sociais 7 *
Psicólogos 4*
Pedopsiquiatras 2
Educadores de Infância 9**
Professores 2

* dois estão em regime de contrato

** quatro destacados do Ministério da Educação

Lotação: 90 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 10
Serviço de Pediatria Médica 25
Serviço de cirurgia geral e especialidades 14
Serviço de Ortopedia 24
Serviço de Otorrinolaringologia 4
Serviço de Neurocirurgia 5
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 8
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais -



Escola

Responsável: Hálida Góis e Marília Malva, professoras;

Material existente: computadores;

A escola participa em exposições e espectáculos.

Sala de Brincar

Responsável: Educadores de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 17h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo e computadores.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de esta, instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Médicos e Enfermeiros e também por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos. Existe ainda uma psicóloga que dá apoio pontual a esta unidade, em regime de chamada, reunindo-se com os Psicólogos, as Assistentes

Sociais, os Médicos e os Enfermeiros para analisar os casos e intervir de forma multidisciplinar.

Os pais dispõem de um destacável no guia de acolhimento para anotarem as suas sugestões/reclamações.

- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Enfermeiro e/ou Anestésista. A criança é igualmente informada com uma visita à sala de operações.

Criança e pais recebem informação sobre a dor e as modalidades de tratamento, oralmente e através da visita a doentes com o mesmo tipo de terapêutica.

Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia pelos Médicos e Enfermeiros, durante a consulta em que é preparada a cirurgia.

- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 19h00.

As Crianças dispõem de quartos personalizados com placa de identificação da criança e objectos pessoais (fotos, postais, etc.)

- Adolescentes: O consentimento dos adolescentes para o internamento é sistematicamente solicitado, através do diálogo e de informação sobre o processo de tratamento. Os adolescentes recebem informação oral sobre a doença e o número de dias de internamento é negociado.

Podem ausentar-se do Serviço para se dirigir à cafetaria e ao jardim.

- Crianças vítimas de maus tratos: Núcleo de Estudo das Crianças de Risco do Hospital Pediátrico de Coimbra
Coordenadora: Jeni Canha, Pediatra; Intervém nestas situações os Assistentes Sociais, os Médicos, os Enfermeiros, os Pedopsiquiatras e outros técnicos diferenciados (Médico Legista).

A articulação faz-se com Centros de acolhimento temporário, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, os Serviços Sociais, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família e o Centro de Saúde.

O Serviço desenvolve Cursos e Pós-graduações de Técnicos que trabalham com crianças (Educadores de Infância, Professores, Assistentes Sociais, Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, Juristas).

- Participação Cívica: Associação de Pais e Amigos da Criança com Cancro (Acreditar), Associação de Protecção e Apoio à Criança com Doença Cardíaca (APA-CDC), Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares, Associação de Spina Bífida, Hidrocefalia Portuguesa (ASBHIP) e Núcleo de Fibrose Quística da Zona Centro.

- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos, palhaços, contadores de histórias, actores e marionetistas.

- Projectos de melhoria do acolhimento no Serviço: Existe uma Comissão da Humanização que desenvolve projectos, constituída por uma equipa multidisciplinar que trabalha em coordenação com os outros profissionais (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais e Educadoras de Infância).

- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação em serviço sobre acolhimento através do Departamento de Formação Contínua.

- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

C. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco
Av. Pedro Álvares Cabral – 6000-085 CASTELO BRANCO
Lotação do hospital: 342 camas

Tel. 272 000 272
Fax: 272 344 596



Hospital Geral que presta cuidados a uma população de cerca de 115 000 habitantes. Cerca de 14 000 são crianças até aos 15 anos. Possui valências (todas) básicas, intermédias e a maioria das valências diferenciadas. Internamento de crianças em serviços de adultos: Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Existe a possibilidade de acompanhamento dos pais, correspondendo habitualmente a internamentos de curta duração.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Directora: Maria dos Anjos Marques
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Vicência Campos
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 24 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 20
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 4
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 18
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 2



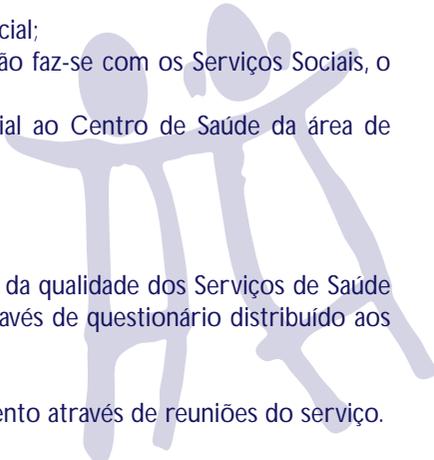
Sala de Brincar

Responsável: Educador de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, computadores e projector de slides.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar própria.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
É distribuído um questionário de avaliação aos pais.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta. Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h30 às 15h30.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com camas e armários identificados, minibiblioteca/estante com livros no quarto.
- Adolescentes: Os adolescentes são internados numa enfermaria com 3 camas, com privacidade, com cortinas separadoras entre as camas. Recebem informação oral sobre a doença.
Existe informação organizada sobre os problemas do adolescente, gravidez, contraceção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e toxicofilia.

- 
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Ana Maria Lopes Rafael, Técnica de Serviço Social; Intervêm nestas situações os Médicos e o Psicólogo do Centro de Desenvolvimento. A articulação faz-se com os Serviços Sociais, o PROIP, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e os Serviços do Ministério Público.
Existe um projecto de referenciação sistemática dos recém nascidos em situação de risco social ao Centro de Saúde da área de residência das mães e outras entidades.
 - Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntário: palhaços.
 - Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Implementação do projecto “Avaliação da qualidade dos Serviços de Saúde na perspectiva dos Utentes, Importância dos Aspectos não técnicos na Prestação de Cuidados”, através de questionário distribuído aos pais.
 - Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento através de reuniões do serviço.
 - Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de Alcobaça – Bernardino Lopes de Oliveira
Rua do Hospital Apartado 70 – 2641-997 ALCOBAÇA
Lotação do hospital: 60 camas

Tel. 262 590 400
Fax: 262 590 406

Hospital de Nível I, com valências de: Serviço de Atendimento Permanente, Serviço de Cirurgia, Bloco Operatório, Serviço de Medicina, Serviço de Consulta Externa e Serviço de Pediatria.
O atendimento de crianças no Serviço de Urgência é feito por um Clínico Geral que determina o encaminhamento: alta, transferência ou internamento.

Serviço de Pediatria



Não tem urgência pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias
A sala de espera e o consultório são exclusivos para crianças.

Director: Fernando Diogo Dias Nazário
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Lina Maria Cardoso
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 0
Professores 0

Lotação: 10 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 4
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 2
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, jogos lúdicos.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada e analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para os pais.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre os cuidados ou exames pelo profissional que vai executá-los.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
É distribuído aos pais um questionário de avaliação confidencial no acolhimento e recolhido na alta.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Enfermeiro ou Anestésista. São igualmente informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
Recebem informação oral sobre a cirurgia pelos Cirurgiões, Pediatras, Anestésistas ou Enfermeiros.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 8h00 às 20h00.
As crianças dispõem de quartos personalizados com cama identificada e mesa de cabeceira própria.
- Adolescentes: O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença. Pode ausentar-se do serviço acompanhado para se dirigir à cafetaria e à igreja.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento com formação em serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de Nossa Senhora da Ajuda - Espinho
Rua 37 – 4501-860 ESPINHO
Lotação do hospital: 36 camas

Tel. 227 331 130
Fax: 227 348 549

Hospital Distrital de Nível I.

Internamento: Ortopedia, Cirurgia Geral, Medicina, Urologia e Cardiologia.

Consulta Externa: todas as valências anteriores mais Pediatria e Anestesia. SAP/SU com médicos contratados, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica
Tem Consulta Externa de Pediatria
Não tem Internamento
Atende até aos 14 anos

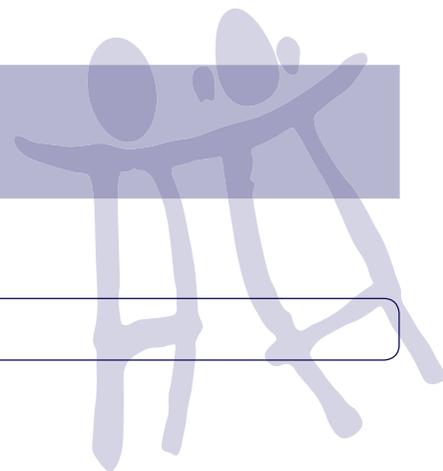
Responsável: Bernardete Pedro

Este Hospital não tem internamento de Pediatria nem Serviço de Urgência de Pediatria (o SAP/SU é assegurado por Clínicos Gerais).

Tem Consulta de Pediatria (assegurada por dois Pediatras no activo desde Novembro de 2003, que prestam apoio, dentro do seu horário de trabalho ao SAP/SU).

Hospital de Santo André – Leiria
Rua das Olhalvas Pousos – 2410-197 LEIRIA
Lotação do hospital: 404 camas

Tel. 244 817 000
Fax: 244 813 508



Hospital Geral de Nível II que abrange uma população de 367 642 habitantes e 59 933 crianças.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Bilhota Xavier
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiro Chefe: Artur Gomes
Responsável - Dor: João Agro, Pediatra
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 2*
Professores 3*

Lotação: 48 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 5
Enfermaria 26
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 16
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia** 1
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 32
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 2

*uma educadora e um professor trabalham na Consulta de Desenvolvimento

**o hospital de dia também se destina a adultos mas tem períodos programados para crianças



Escola

Responsáveis: Rosário Neves e Ana Cordeiro, professoras;

Material existente: televisão, vídeo e computadores;

A escola participa num jornal, em exposições e espectáculos;

As escolas do 2º e 3º Ciclo a que pertencem as crianças estão envolvidas no apoio das crianças e jovens com internamento prolongado.

Sala de Brincar Infantil

Responsável: Educador de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, consola de jogos.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames, na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar, copa, instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais. É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro e Médico. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). Os pais dispõem de um impresso para anotarem as suas sugestões/avaliação acerca dos cuidados.

- **Preparação para a Cirurgia:** Existe um programa de preparação para o internamento no caso de cirurgias programadas.
A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelos Enfermeiros e Médicos. Recebem igualmente informação sobre a dor e modalidades de tratamento.
A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia pelos Médicos e Enfermeiros. Por vezes, os pais são igualmente informados através de documentos.
- **Visitas:** Horário de visita para familiares e amigos: das 14h30 às 16h00 e das 19h30 às 20h30.
As crianças dispõem de quartos personalizados com brinquedos, bonecas e livros pessoais.
- **Adolescentes:** O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente, oralmente e por escrito nas situações cirúrgicas. Recebe informação oral sobre a doença e pode ausentar-se do serviço, sozinho e/ou acompanhado para se dirigir ao café.
Existe uma sala de jogos específica para adolescentes assim como outros materiais lúdicos.
- **Crianças vítimas de maus tratos:** Responsável: Amélia Magalhães, Assistente Social;
Intervêm nestas situações o Psicólogo, os Médicos e os Enfermeiros.
A articulação faz-se com o Tribunal de Menores e a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.
O Serviço promove a detecção de casos de maus-tratos através da discussão de casos clínicos e de sessões clínicas temáticas.
- **Participação Cívica:** Escola Dr. Correia Mateus (Dra. Esperança Barcelos); A Biblioteca Municipal de Leiria desloca-se duas vezes por semana ao serviço existindo um protocolo.
- **Animações artísticas e culturais:** Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos, palhaços, contadores de histórias e actores. Colaboração das Escolas do Pré-escolar e do 1º, 2º e 3º Ciclos, Oficina do Livro e Escolas Profissionais.
- **Projectos de melhoria do acolhimento no serviço:** Elaboração de bandas desenhadas / folhetos sobre os actos médicos mais frequentes. Responsável: Director do Serviço.
- **Informações adicionais do serviço:** Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento com a participação dos diferentes grupos profissionais.
- **Carta da Criança Hospitalizada:** É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de São Miguel – Oliveira de Azeméis
Largo Riso Terra – 3720-275 OLIVEIRA DE AZEMÉIS
Lotação do hospital: 97 camas

Tel. 256 600 800
Fax: 256 600 809

Hospital Distrital de Grau II.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Directora: Ana Maria Ribeiro
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Arlete Pinheiro
Responsável - Dor: Serviço de Anestesia
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 0
Professores 0

*Não existe Serviço de Cirurgia Pediátrica, mas sim a colaboração de um Cirurgião Pediátrico de 15 em 15 dias, segundo Protocolo estabelecido com o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Lotação: 30 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 3
Enfermaria 11
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 10
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica* 6
Berçário (puerpério) 9
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 2



Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente: televisão ,vídeo, brinquedos e jogos temáticos.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada e analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pela Enfermeira de serviço.
Os pais dispõem de um horário (manhã) da responsabilidade do médico para esclarecerem as suas dúvidas.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação sobre a anestesia pelos Médicos. São igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento. A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a cirurgia pelos Enfermeiros e/ou Médicos.
- Visitas: São permitidas a partir dos 10 anos;
Horário de visita para familiares e amigos: das 12h00 às 19h00, 1 pessoa e das 14h00 às 15h00, 2 pessoas na pediatria. Na neonatologia, os avós podem visitar o recém nascido uma vez durante o internamento das 14h50 às 15h00 ou das 18h50 às 19h00. As visitas são permitidas a partir dos 10 anos

- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Ana Maria Fonseca, Assistente Social; Intervêm nestas situações os Médicos e os Enfermeiros do Serviço de Pediatria. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e o Tribunal de Oliveira de Azeméis. Está em estudo a nomeação de um Médico Pediatra e de uma Enfermeira do Serviço de Pediatria para servirem de elo de ligação com as estruturas acima referidas.
- Participação Cívica: Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis e voluntários. Animações artísticas e culturais: regularmente (uma vez por semana), realizadas por animadores da Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Guia de acolhimento em actualização. Responsáveis: Arlete Pinhão, Fátima Silva, enfermeiras.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento. As informações são dadas pela Enfermeira Chefe ou outra. Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento nas reuniões da Equipa de Enfermagem e Auxiliares de Acção Médica. A biblioteca do serviço tem a colaboração da Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação e existe um projecto em curso para expor a Carta em local acessível.



Hospital de São Sebastião – Santa Maria da Feira
Rua Dr. Cândido de Pinho – 4520-211 SANTA MARIA DA FEIRA
Lotação do hospital: 305 camas

Tel. 256 379 700
Fax: 256 379 778

Hospital Distrital, oferecendo cuidados assistenciais na grande maioria das valências médicas e cirúrgicas.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Rui Carrapato
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Celina Capela Malta
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 2
Psicólogos 2*
Pedopsiquiatras 0
Educadoras de Infância 0
Professores 0

* contratados a tempo parcial

Lotação: 39 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 14
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 9
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 12
Berçário (puerpério) 23
Número médio de camas por quarto 2 a 3
Número de quartos individuais 3



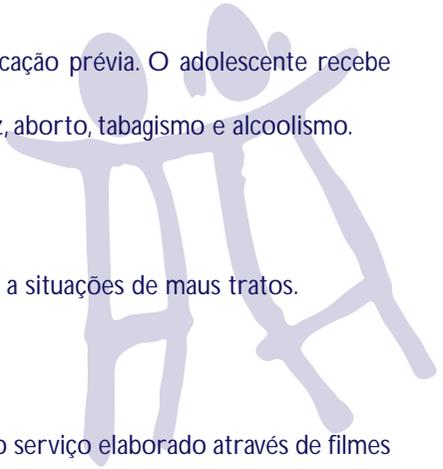
Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: Todos os dias, das 9h00 às 21h00;

Material existente na sala: televisão.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; autorizada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar, uma copa, instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e banda desenhada para a criança.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pela Enfermeira ou pelo Médico e também por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.
Os pais dispõem de um livro de registo pais - equipa de saúde e de um Serviço de Relações Públicas.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta. São igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento existentes. A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h00 às 21h00.

- 
- Adolescentes: Existe uma Unidade própria de adolescentes, que interna dos 12/13 aos 16 anos.
O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente após explicação prévia. O adolescente recebe informação oral sobre a doença e pode ausentar-se do Serviço acompanhado.
Existe informação organizada sobre os problemas de saúde do adolescente, contraceção, gravidez, aborto, tabagismo e alcoolismo.
 - Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Médica do Instituto de Medicina Legal;
Intervêm nestas situações o Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros.
A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e o Tribunal de Menores.
O Serviço desenvolve projectos que visam a Educação e Formação dos elementos do Serviço face a situações de maus tratos.
 - Participação Cívica: Associação de Voluntários do Hospital.
Animações artísticas e culturais: ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos e palhaços.
 - Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento no serviço elaborado através de filmes preparativos e informativos.
Existem dois psicólogos contratados a tempo parcial que se reúnem com os Assistentes Sociais e os Médicos para discutir situações pontuais relacionadas com os doentes.
 - Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.

Hospital de São Teotónio – Viseu
Av. Rei D. Duarte – 3504-509 VISEU
Lotação do hospital: 620 camas

Tel. 232 420 535
Fax: 232 420 538

Hospital Geral de adultos.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Director: José Castanheira
Enfermeira Supervisora: Cassilda Neves
Enfermeiro Chefe: Adelino Gonçalves
Responsável - Dor: Elisa Cardoso, Pediatra, Conceição Salgado,
Cirurgiã Pediátrica
Responsável - Acolhimento: Enfermeira Especialista
Pessoal:
Assistentes Sociais 2
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 3
Professores 2

Lotação: 67 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 6
Enfermaria 43
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 18
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 56
Número médio de camas por quarto 1 a 2
Número de quartos individuais 3



Escola

Responsável: Dina, professora;

Material existente na sala: computadores;

A escola participa em espectáculos e em actividades lúdicas, recreativas, pedagógicas;

A escola assiste ao desfile das Cavalhadas e organiza visitas à feira de S. Mateus.

Sala de Brincar

Existem duas salas de brincar;

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: dias úteis, horário permanente numa sala e na outra das 9h00 às 15h30;

Material existente na sala: televisão, vídeo, nintendo, livros e jogos.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada durante a indução da anestesia; é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de sala de estar, copa, instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelas Enfermeiras e Médicos.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.
Os pais dispõem de um Gabinete de Utente.

- **Preparação para a Cirurgia:** A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta. São igualmente informados sobre a dor e modalidades de tratamento. A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia, pelos Cirurgiões e Enfermeiros.
- **Visitas:** Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 15h30 e das 18h30 às 19h30.
- **Adolescentes:** Existe uma Unidade de Adolescentes com 16 camas e que interna dos 10 aos 18 anos. O serviço dispõe de uma equipa própria multidisciplinar para adolescentes.
 - O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente, oralmente e por escrito. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral e escrita sobre a doença. O adolescente pode ausentar-se do serviço sozinho.
 - Existe informação organizada sobre os problemas de saúde do adolescente, contraceção, gravidez, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, doença crónica, depressão e diabetes.
 - A psicóloga do serviço reúne-se com os Assistentes Sociais, os Médicos e os Enfermeiros para discutir questões relacionadas com a adolescência e o desenvolvimento.
- **Crianças vítimas de maus tratos:** Responsável: Carlos Figueiredo, Chefe de Serviço;
 - Intervêm nestas situações os Médicos, os Enfermeiros, os Professores, os Educadores de Infância e os Assistentes Sociais.
 - A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, os Serviços Sociais, o Tribunal de Menores, o Centro de Saúde e o Grupo de Criança em Risco.
 - Existe uma Comissão de Apoio à Família e à Criança no Serviço e são organizadas Jornadas sobre este tema.
 - O Serviço participa igualmente em Simpósios e Jornadas para Professores, que se realizam em Escolas de Enfermagem e nos Centros de Saúde Regionais
- **Participação Cívica:** ASIV (Associação de Saúde Infantil de Viseu) e GAS (Grupo de Alerta para a Segurança).
Animações artísticas e culturais: regularmente, realizadas por voluntários: músicos e palhaços. Colaboração do Conservatório de Música, da Escola de Ballet, de Jardins de Infância, de Escolas Básicas, de Grupos de Catequese e de Escuteiros e da Bracalândia.
- **Informações adicionais do serviço:** Existe um programa de preparação para o internamento no Serviço. Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento para Enfermeiros.
- **Carta da Criança Hospitalizada:** É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação. Existe informação para todos os profissionais de Saúde sobre a aplicação da Carta através da publicação regular do Boletim do Hospital.

Hospital Distrital da Covilhã
Centro Hospitalar Cova da Beira, Quinta do Alvito – 6200-251 COVILHÃ
Lotação do hospital: 275 camas

Tel. 275 330 000
Fax: 275 330 001

Hospital Distrital que serve a população do Norte do Distrito de Castelo Branco (aproximadamente 120 000 habitantes).

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Carlos Rodrigues
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Rosa Machado
Responsável - Dor: Ricardo Costa, Pediatra
Responsável - Acolhimento: Enfermeira responsável de turno
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 2
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 19 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração -
Enfermaria -
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / -
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais -
Hospital de Dia -
Cirurgia Pediátrica -
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 1



Sala de Brincar

Responsável: Educador de Infância;

Horário: Dias úteis, das 9h00 às 17h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos, livros, material de pintura.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada durante a indução da anestesia, mas é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de quartos, sala de estar, copa e instalações sanitárias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico ou pela Enfermeira.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (banho, alimentação, mudar fraldas...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta. Também são informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia pelo Cirurgião.

- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 15h00 e das 20h00 às 20h30.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com brinquedos e objectos pessoais.
- Adolescentes: O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente. Recebe informação oral e escrita sobre a doença. Pode ausentar-se do serviço acompanhado para se dirigir à cafetaria e à escola (dependendo da patologia).
São organizadas reuniões com estabelecimentos de Ensino sobre problemas de saúde dos adolescentes, vacinas, segurança, alimentação.
São realizadas reuniões multidisciplinares com as Psicólogas, os Médicos e outros profissionais, nas quais se estabelecem planos personalizados de intervenção para cada doente.
- Crianças vítimas de maus tratos: Intervêm nestas situações as Psicólogas, a Assistente Social, os Médicos, os Enfermeiros e os Educadores de Infância. A articulação faz-se com os Serviços Sociais e a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos e palhaços, contadores de histórias. O serviço dispõe de uma animadora cultural juntamente com a Pedopsiquiatria.
- Informações adicionais do serviço: Tem sido organizada formação interna sobre acolhimento integrada no programa do Departamento.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Distrital da Figueira da Foz
Gala – 3080-707 FIGUEIRA DA FOZ
Lotação do hospital: 159 camas

Tel. 233 402 000
Fax: 233 402 141

Hospital de Nível 2.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Nuno Figueiredo

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Anabela Serra

Responsável - Dor: Anestésista e Enfermeira

Responsável - Acolhimento: Enfermeira

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 0

Educadores de Infância 0

Professores 0

Lotação: 18 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 0

Enfermaria 8

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 4

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica 6

Berçário (puerpério) 14

Número médio de camas por quarto 2

Número de quartos individuais 2



Sala de brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo e playstation.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; encorajada na prestação de cuidados ou exames; é autorizada durante a indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pela Enfermeira e também por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia prevista pelo Anestesta ou pela Enfermeira. Os pais são igualmente informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia pelos Médicos.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 12h00 às 14h00 e das 16h30 às 19h30.
- Adolescentes: O consentimento para o internamento é solicitado sistematicamente e o número de dias de internamento é negociado. O adolescente recebe informação oral sobre a doença e pode ausentar-se do Serviço, acompanhado para se dirigir ao café e jardim.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços.
- Informações adicionais do serviço: O programa de preparação para o internamento é programado pela equipa de Enfermagem. Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento para os membros do serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Distrital das Caldas da Rainha
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha - Rua Diário de Notícias - 2500-176 CALDAS DA RAINHA
Lotação do hospital: 119 camas

Tel. 262 830 300
Fax: 262 834 757

Hospital Distrital de Nível II

A Urgência Pediátrica atende toda a patologia com excepção das especialidades cirúrgicas (comum aos adultos). Contudo, o internamento em SO / Ped integra a Pediatria Médica e Cirúrgica (5 camas)

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Directora: Maria Bernardete Diogo Santos
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Helena Lindinho
Responsável - Dor: Médico Anestésista
Responsável - Acolhimento: Enfermeiro, Médico

Pessoal:

Assistentes Sociais	1
Psicólogos	1
Pedopsiquiatras	0
Educadores de Infância	2*
Professores	0

* uma em regime de destacamento e outra pertencente ao quadro do hospital

** de cirurgia geral

Lotação: 25 camas	
Número de camas por Unidade	
Enfermaria	15
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais /	10
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	
Hospital de Dia**	0
Cirurgia Pediátrica	0
Berçário (puerpério)	-
Número médio de camas por quarto	3
Número de quartos individuais	1



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 16h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos, livros, brinquedos;

Colaboração: Liga dos Amigos do Hospital.

- Presença dos Pais: Autorizada no internamento até às 22h, depois das 22h um acompanhante; encorajada na prestação de cuidados ou exames e na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Médicos e/ou Enfermeira e também por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
Os pais dispõem de meios para fazerem reclamações/sugestões comuns a outros serviços.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a anestesia pelo Anestesia e são igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
O Cirurgião e, eventualmente, a Enfermeira, informam oralmente os pais e a criança sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 15h00 às 16h00 e das 19h00 às 20h00.
- Adolescentes: Os adolescentes são internados num quarto específico com duas camas de adulto, televisão e dois cadeirões até aos 14 anos. O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado pontualmente. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
São organizadas reuniões sobre problemas de saúde do adolescente, gravidez, contraceção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, toxicofilia e suicídio, no âmbito do ambulatório, da Consulta Externa e do Centro de Desenvolvimento.

- Participação Cívica: ASICAL (Associação de Saúde Infantil das Caldas da Rainha) e LAHCR (Liga dos Amigos do Hospital das Caldas da Rainha).
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários. Colaboração da Casa do Pessoal do Centro Hospitalar, de Alunos da Escola Empresarial (Curso de Animação), Alunos da Escola Superior de Educação e de Hipermercados.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Lurdes Venceslau Costa, Assistente graduada de Pediatra Médica; Intervêm nestas situações o Pediatra, a Assistente Social e os Enfermeiros e, sempre que necessário, o Psicólogo, o Psiquiatra de adultos e o Ginecologista/Obstetra.
A articulação faz-se com os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família, o Centro de Saúde, a Polícia Judiciária e o Instituto de Medicina Legal.
- Informação adicional do serviço: O Centro de desenvolvimento desenvolve actividades científicas de sensibilização para as famílias. A Biblioteca situada no Centro de Formação do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha contém livros à disposição das Educadoras de Infância.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Distrital de Águeda
Rua da Misericórdia – 3750-130 ÁGUEDA
Lotação do hospital: 112 camas

Tel. 234 611 000
Fax: 234 624 820



Hospital Distrital com especialidades de Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Pediatria, Radiologia e Patologia Clínica, valências de Oftalmologia, Cardiologia, Medicina Física e Reabilitação.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Luís Cardoso
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Teresa Aquino Maia
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 0
Professores 0

Lotação: 14 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 14
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 0



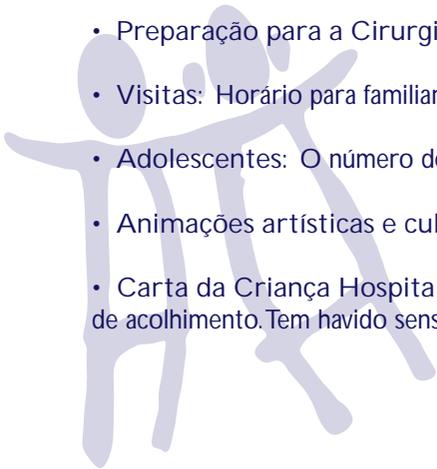
Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; encorajada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças e também vídeo, painel de fotografias e banda desenhada para a criança.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Médicos e Enfermeiros.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: O Médico ou o Enfermeiro informam oralmente os pais e a criança sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: 14h00 às 15h30 e das 18h30 às 20h00.
- Adolescentes: O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação e existem projectos em curso para a sua aplicação.



Hospital Distrital de Lamego
Lugar da Franzia – 5100-182 LAMEGO
Lotação do hospital: 209 camas

Tel. 254 609 980
Fax: 254 612 001

Hospital Geral de agudos, Nível II com Serviço de Internamento em Pediatria; Obstetrícia/Maternidade; Medicina Interna; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Laboratório de Análises; Imagiologia e apoio de ORL; Cardiologia; Oftalmologia; Gastroenterologia e Ambulatório.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 12 anos

Director: António Ventura Martins
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiro Chefe: Paulo Santo
Responsável - Dor: Paulo Santos, Enfermeiro
Responsável - Acolhimento: Enfermeiro Especialista ou
Enfermeiro Chefe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 0

* de pediatria médica

Lotação: 18 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 18
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia* 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 3 a 4
Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, material lúdico.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de copa, instalações sanitárias e quartos próprios e de um lar para as mães.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças e painel de fotografias para a criança. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Enfermeiros. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesia e pelo Enfermeiro. São igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento com apoio documental (Escala de Dor). O Cirurgião e o Enfermeiro informam oralmente os pais e a criança sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 14h00 às 15h30.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com brinquedos e identificação da cama.
- Adolescentes: As crianças com mais de 13 anos de idade são internadas em Serviços de adultos, excepto se já estão a ser acompanhadas no Serviço de Pediatria ou sofrem de doença crónica.
O consentimento do adolescente para o seu internamento é solicitado. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
O adolescente pode ausentar-se do Serviço acompanhado e, dependendo das condições, sozinho. Pode dirigir-se ao jardim e, em determinadas condições, à escola.

• Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: António Ventura Martins, Director do Serviço de Pediatria; Intervêm nestas situações a Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros.

A articulação faz-se com os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores e o Centro de Saúde.

• Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Projecto "Perfil do acolhimento"; Responsável: Director do Serviço.

• Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital Distrital de Pombal
Av. Heróis do Ultramar – 3100-462 POMBAL
Lotação do hospital: 58 camas

Tel. 236 210 000
Fax: 236 210 011

Hospital de Nível I. Tem Internamento de Medicina e Cirurgia de adultos com 58 camas. Tem serviço de Urgência – SAP e Unidade de Internamento de Curta Duração com a lotação de 6 camas. Tem consultas externas das seguintes especialidades: Pediatria, Desenvolvimento, Cirurgia, Anestesiologia, Medicina, Ginecologia, Obstetrícia, Hematologia, Cardiologia, Diabetes, Ortopedia, Fisiatria, Dor, Medicina do Trabalho, Reumatologia, Seguros, Dietética e Enfermagem.
Nos períodos em que não há Pediatra de Urgência (por falta de Recursos Humanos), as crianças são atendidas na Urgência de adultos por Clínicos Gerais.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica
Tem Consulta Externa de Pediatria e Desenvolvimento
Não tem Internamento

Director: Luís Garcia
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Piedade Soares
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 1
Terapeuta da Fala 1



Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 18h00;

Material existente na sala: televisão.

Ludoteca

- Presença dos Pais: Analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Enfermeiros.
Os pais dispõem dum livro do utente para anotarem as suas sugestões/reclamações.
- Crianças vítimas de maus tratos: Abordagem e Orientação de Crianças Vítimas de Maus Tratos
Responsável: Helena Porfírio, Assistente Hospitalar de Pediatria.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.

Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar
Av. Dr. Nunes da Silva – 3880-113 OVAR
Lotação do hospital: 83 camas

Tel. 256 579 200
Fax: 256 579 209

Hospital Distrital. Possui 4 pisos (R/C: Consulta externa, Serviço de Urgência, Laboratório, Radiologia, etc.; 1º: Cirurgia; 2º: Medicina; 3º: Ortopedia). Serviço de Pediatria no R/C, adjacente aos 4 pisos.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: Arlindo Oliveira

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Lúcia Monteiro

Responsável - Dor: não existe

Responsável - Acolhimento: Lúcia Monteiro

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 0

Educadores de Infância 1

Professores 0

* de pediatria médica

Lotação: 12 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 0

Enfermaria 12

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais 0

Hospital de Dia* 0

Cirurgia Pediátrica 0

Berçário (puerpério) 0

Número médio de camas por quarto 4

Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo;

Colaboração: Liga de Amigos do Hospital (1 vez por semana).

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de Cuidados ou Exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de copa e de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças, visita ao serviço para pais e painel de fotografias e banda desenhada para a criança.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Enfermeiro. São igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento pelo Enfermeiro.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 9h00 às 20h00.
- Adolescentes: Existe uma equipa própria de adolescentes. Responsável: Dra. Fátima Madruga
A idade máxima de atendimento do adolescente é de 15 anos.
O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado oralmente de forma sistemática e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
O adolescente pode ausentar-se do Serviço acompanhado para se dirigir ao jardim.
Há informação organizada sobre problemas de saúde do adolescente, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, aborto e contraceção.

- Participação Cívica: Liga dos Amigos do Hospital.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços e actores. Colaboração da Liga de Amigos do Hospital.
- Informações adicionais do serviço: Existe um projecto no âmbito da acreditação King's Fund. Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento integradas no projecto de acreditação.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital Infante D. Pedro – Aveiro
Av. Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Lotação do hospital: 437 camas

Tel. 234 378 300
Fax: 234 378 395

Hospital Geral com Serviço de Pediatria.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Directora: Arménia Parada
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Maria do Céu Santos
Responsável - Dor: M. Pinhal
Responsável - Acolhimento: Enfermeira Chefe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 2
Professores 1

Lotação: 43 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 6
Enfermaria 18
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 9
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 10
Berçário (puerpério) 23
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 3



Escola

Responsável: Eliana Costa, professora;

Material existente: televisão, vídeo, computadores.

Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, jogos, playstation, lápis, papel, autocolantes.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; condicionada na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias e dum quarto para puérperas.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico ou Enfermeiro e também por escrito aos pais. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos. Existe ainda um psicólogo que dá apoio a esta unidade organizando reuniões com os profissionais de saúde.
Os pais dispõem de um livro para anotarem as suas reclamações/sugestões.

- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesia e são igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: máxima tolerância.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com brinquedos.
- Adolescentes: O adolescente recebe informação oral sobre a doença.
Há informação organizada sobre os problemas do adolescente, higiene e temáticas de prevenção.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços, actores, marionetistas e contadores de histórias.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital José Luciano de Castro – Anadia
Rua da Misericórdia, Ap. 93 – 3781-909 ANADIA

Tel. 231 510 420
Fax: 231 510 434

Hospital a 30km de Coimbra com valências de Medicina e Cirurgia (internamento e ambulatório), Pediatria (só ambulatório), Anestesia e Radiologia.

A Urgência de Pediatria funciona em instalações próprias efectuada por Médicos do Serviço de Urgência.

Serviço de Pediatria



Tem Urgência Pediátrica
Tem Consulta Externa de Pediatria
Não tem Internamento

Directora: Maria João Lomelino

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Carmo Matos

Responsável - Dor: Anestésista

Responsável - Acolhimento: Maria João Lomelino e Enfermeira

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 0

Educadores de Infância* 1

Professores* 1

* Em regime de colaboração voluntária, por acordo com ECAE



- Presença dos Pais: Autorizada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Enfermeiros.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Maria João Lomelino, Assistente Graduada de Pediatria; Intervêm nestas situações a Assistente Social, os Pediatras e os Enfermeiros. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e o Tribunal de Menores.
- Participação Cívica: IPSS regionais.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.

Hospital Sousa Martins – Guarda
Av. Rainha D. Amélia – 6301-857 GUARDA

Tel. 271 200 200
Fax: 271 200 305

Internamento de crianças em serviços de adultos: Oftalmologia e Ortopedia, pontualmente

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: Jerónimo Gonçalves Santos
Enfermeiro Supervisor: Júlio Salvador
Enfermeira Chefe: Aida Sanches
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeira Chefe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 34 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 22
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 1
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 7
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto -
Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsável: Educador de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na Unidade de Cuidados Intensivos; autorizada na prestação de cuidados ou exames; encorajada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar e de copa.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças. É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: Os pais e a criança recebem informação oral sobre a cirurgia.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 16h00 e das 18h30 às 19h30.
- Adolescentes: O adolescente recebe informação oral sobre a doença.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos.

D. Hospitais Gerais sem Pediatria

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
Quinta da Fonte Quente – Ap. 3 – 3064-908 TOCHA
Lotação do hospital: 36 camas

Tel. 231 440 900
Fax: 231 442 209

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Consulta Externa

Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela
Av. General Humberto Delgado – 3460-525 TONDELA

Tel. 232 819 060
Fax. 232 822 636

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral

Hospital de Nossa Senhora da Assunção - Seia
Rua D.Alexandrina Soares de Albergaria – 6270-498 SEIA
Lotação do hospital: 60 camas

Tel. 238 320 711
Fax: 238 320 758

Hospital Distrital de Nível I, com internamento nas áreas de Medicina interna (35 camas), Cirurgia Geral (27 camas), Serviço de Observação, Urgência, Consultas Externas em diversas especialidades (Pediatria, Cardiologia, Psiquiatria, Psicologia, Diabetologia, Otorrinolaringologia, consulta externa de Medicina e Cirurgia), Serviço ambulatorio com pequena Cirurgia e tratamentos e Serviço de Fisioterapia de Cinesioterapia Respiratória.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral
Tem Consulta de Pediatria
Interna crianças em Medicina Interna, Cirurgia e Otorrinolaringologia



Biblioteca para crianças e pais
Responsável: em tempo parcial;
Horário: dias úteis, das 9h00 às 17h30;
Empréstimo de livros, cassetes de vídeo, material informático.

- Presença dos pais: Ilimitada no internamento; autorizada na prestação de cuidados ou exames; é autorizada durante a indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Visita ao serviço para pais e criança e também guia de acolhimento para pais. É dada informação oral à criança e aos pais sobre os cuidados ou exames pelo Médico e Enfermeiro. A presença dos pais durante os cuidados básicos (higiene, refeição...) é encorajada.
- Preparação para a cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia e sobre a cirurgia pelo Anestesta, Enfermeiro ou Médico. São também informados sobre a dor e as modalidades de tratamento existentes.
- Adolescentes: O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado. O adolescente recebe informação oral sobre a doença e os dias de internamento são negociados.
Pode ausentar-se do serviço acompanhado para se dirigir ao café.
Está em curso um projecto que aborda os temas da gravidez, da contracepção e do aborto chamado "Nascer Saudável" e que consiste em reuniões colectivas.
- Crianças vítimas de maus tratos: Intervêm nestas situações os Psicólogos, os Assistentes Sociais, os Médicos e os Enfermeiros. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Menores, o Tribunal da Comarca de Seia, os Serviços Sociais, o Tribunal de Menores e o Centro de Saúde.
- Informação adicional do serviço: As crianças são internadas em camas de adultos e o número médio de camas por quatro é de seis camas.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais e está amplamente exposta no serviço.

Hospital Distrital de São João da Madeira
Rua da Misericórdia – 3700-190 SÃO JOÃO DA MADEIRA
Lotação do Hospital: 124 camas

Tel. 256 837 500
Fax. 256 837 519

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral
Atende crianças na Consulta Externa das especialidades:
Ortopedia, Oftalmologia, Cirurgia e Otorrinolaringologia
Interna crianças nos Serviços de adultos de:
Cirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia

Embora internadas em Serviços de adultos, as crianças estão em enfermarias próprias para crianças.

Hospital Distrital do Fundão
Centro Hospitalar Cova da Beira - Av. Adolfo Portela – 6230-288 FUNDÃO
Lotação do hospital: 56 camas

Tel. 275 751 148
Fax: 275 751 057

O Hospital do Fundão está integrado no Centro Hospitalar da Cova da Beira, sendo a Pediatria do Hospital Distrital da Covilhã o local de internamento pediátrico.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede
Rua Padre Américo – Ap. 61 – 3060-186 CANTANHEDE
Lotação do hospital: 60 camas

Tel. 231 420 637
Fax: 231 420 290

Serviço de Medicina, Serviço de Cirurgia, Bloco Operatório; Serviço de Urgência; Consultas Externas de: Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Cardiologia, Ortopedia, Diabetologia, Nutrição, Cirurgia Geral, Pneumologia, Anestesiologia, Medicina Interna e Saúde Ocupacional.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral
Tem Consulta Externa de Pediatria
Interna crianças no Serviço de Cirurgia de adultos

Hospital do Visconde de Salreu - Estarreja
Rua da Agra – 3864-756 ESTARREJA
Lotação do hospital: 52 camas

Tel. 234 842 163
Fax. 234 841 076

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral
Interna crianças no Serviço de Cirurgia de adultos

Hospital São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche
Rua General Humberto Delgado – 2520-603 PENICHE

Tel. 262 780 900
Fax. 262 780 999

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral

Hospital Termal Rainha D. Leonor
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha - Largo Rainha D. Leonor – 2500-176 CALDAS DA RAINHA

Tel. 262 830 379
Fax: 262 834 757

O Centro Hospitalar das Caldas da Rainha é constituído pelo Hospital Termal Rainha D. Leonor (que não interna crianças) e pelo Hospital Distrital das Caldas da Rainha (que integra o Serviço de Pediatria na área de internamento das consultas externas).
O Centro de Desenvolvimento de Pediatria funciona no Balneário Novo (no Hospital Termal Rainha D. Leonor)

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças em Consulta de Medicina Física e Reabilitação

Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil
Centro Regional de Oncologia de Coimbra - Av. Bissaya Barreto, 98 – 3000-075 COIMBRA
Lotação do hospital: 200 camas

Tel. 239 400 200
Fax: 239 484 317

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças em Radioterapia em ambulatório

Região de Lisboa e Vale do Tejo

A. Maternidades

Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Rua Viriato – 1069-089 LISBOA
Lotação do hospital: 333 camas

Tel. 213 184 000
Fax: 213 184 029

Hospital Central de agudos. Serviço de Obstetria (210 camas); Serviço de Ginecologia (32 camas); Serviço de Pediatria – berços junto das mães “roming-in” e Unidades de Cuidados Especiais (Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios e berçário de apoio); Consultas diferenciadas (Obstetria, Ginecologia, Neonatologia); Serviço de Urgência “aberto” (Obstetria/Ginecologia); Serviço de Patologia Clínica; Serviço de Anatomia Patológica; Serviço de Radiologia.

Não existe urgência, mas se os pais recorrem à Maternidade com os seus filhos são observados pelo Pediatra de Serviço, nas instalações da Consulta Externa e devidamente orientados.

Serviço de Neonatologia



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Interna até aos 28 dias de vida

Director: A. Marques Valido
Enfermeiro Supervisor: Lopes Mateus
Enfermeiras Chefe: Custódia Tanganho (UCI), Lurdes Farinha
(Cuidados Intermédios)
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Pediatra / Enfermeira do Sector
de Internamento
Pessoal:
Pediátricos 12
Assistentes Sociais 4
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadoras de Infância 0

Lotação: 120 camas
Número de camas por Unidade
Berçário (puerpério) 59
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 49
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 12



- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; encorajada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e ainda “Baby-Care” (sistema de filmagem contínua que permite visualizar em casa, através do telefone, os bebés internados nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios).
É dada informação oral aos pais sobre a prestação de cuidados e/ou exames.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos (medidas de higiene, alimentação e conforto). Esta Unidade dispõe ainda de uma psicóloga que organiza reuniões com os técnicos de saúde para discutir a relação pais-filhos-acompanhantes das crianças ou pais com patologias no período neonatal, assim como aspectos específicos individualizados.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h00 às 16h00; são permitidas a irmãos menores de 12 anos.
- Participação Cívica: Associação de Ajuda ao Recém Nascido.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Sala de permanência para pais e irmãos.
Responsável: Director do Serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço e está integrada no guia de acolhimento.

B. Hospitais Pediátricos

Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinto Marto – 1169-045 LISBOA
Lotação do hospital: 250 camas

Tel. 213 126 666
Fax: 213 126 667

Hospital Central Materno-infantil especializado e de apoio perinatal diferenciado.



Urgência Pediátrica autónoma multidisciplinar
Internamento até aos 16 anos e 364 dias

Director Clínico: Mário Coelho
Enfermeira Supervisora: Adelina Lopes
Enfermeiros Chefe: Teresa Candeias, Fátima Maciel, Paula Pinto,
Teresa Carvalho, Paula Morais, Palmira Silva, Lurdes Correia,
Rosário Lançada, Vitória Lamego, Olívia David, Maria do N.
Marques, Cristina M. Arrábida, Maria dos Anjos Aguilar, Maria
José Viana, Luísa Bandola
Responsável - Dor: Grupo do HDE contra a Dor, constituído
por uma equipa multiprofissional
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 5
Psicólogos 15
Pedopsiquiatras 17
Educadoras de Infância 16
Professores 1

*de pediatria médica

Lotação: 221 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 7
Serviço de Pediatria Médica (2 serviços) 100
Serviço de cirurgia geral e especialidades 32
Serviço de Ortopedia 22
Serviço de Otorrinolaringologia 12
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais 20
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 9
Departamento de Pedopsiquiatria 10
Unidade de Cirurgia Ambulatória 9
Berçário (puerpério) 22
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais -



Escola

Responsável: Irene Pinheiro, professora;

Material existente: televisão, vídeo e computadores;

A escola participa num jornal, em exposições e espectáculos;

Existem tele-aulas (para os 2º e 3º Ciclos). Trata-se de uma colaboração do HDE com o Ministério da Ciência e Tecnologia e o Ministério da Educação;

Colaborações: Fundação do Gil.

Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

Ludoteca

Biblioteca para crianças

Responsável: voluntário;

Horário: permanente;

Empréstimo de livros e cassetes áudio

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; analisada caso a caso em função da situação da criança e do exame na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é encorajada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar e de instalações sanitárias próprias. Em breve, existirá uma casa de acolhimento para famílias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças e também vídeo, painel de fotografias e banda desenhada para a criança e site na internet para pais.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames e também por escrito aos pais. A política de consentimento informado está generalizada.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Existem ainda um Pedopsiquiatra de ligação e Psicólogos sempre que solicitados que dão apoio a esta unidade.
Os pais dispõem de um gabinete do utente.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a anestesia pelo Anestesta. Recebem igualmente informação sobre a dor e modalidades de tratamento de acordo com a idade e o desenvolvimento cognitivo. Recebem informação oral e escrita sobre a cirurgia.
- Visitas: Crianças menores de 12 anos, condicionadas.
- Adolescentes: Existe uma unidade própria para adolescentes dos 12 aos 18 anos. Existe uma equipa própria de adolescentes.
O consentimento oral do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
- Participação Cívica: Lyon's, Rotários, Fundação do Gil e Ronald McDonalds.
Animações artísticas e culturais: regularmente, realizadas por voluntários: músicos, palhaços, contadores de histórias, actores e associações.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Deolinda Barata, Pediatra;
Intervêm nestas situações os Médicos, os Enfermeiros, os Psicólogos, os Assistentes Sociais, os Técnicos de Saúde, os Professores e Educadores de Infância.
A articulação faz-se com os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Menores, o Centro de Saúde, o Tribunal de Menores e o Tribunal de Família.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Existe uma Comissão da Humanização que desenvolve projectos.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento em que os pais são recebidos por um profissional e existe um livro de acolhimento no Hospital distribuído aos pais.
Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento para os membros dos Departamentos, integradas no Centro de Formação e Investigação do Hospital.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e integrada no guia de acolhimento. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

C. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital Condes de Castro Guimarães – Cascais
Centro Hospitalar de Cascais - Av. D. Francisco Avilez – 2750 – 349 CASCAIS
Lotação do hospital: 200 camas

Tel. 214 827 700
Fax: 214 846 852

Até há 2 anos, Hospital Distrital de Nível 2. A partir daí, junção do Hospital Distrital de Cascais com o Hospital Ortopédico José Almeida formando o Centro Hospitalar de Cascais.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: Nuno Gonçalo Lynce Faria
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Margarida Ataíde
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Rosário Peixe, Assistente Social
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 24 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 6
Enfermaria 12
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais /
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais 6
Hospital de Dia* 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 18
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 1

* de pediatria médica



Sala de Brincar

Responsável: -;

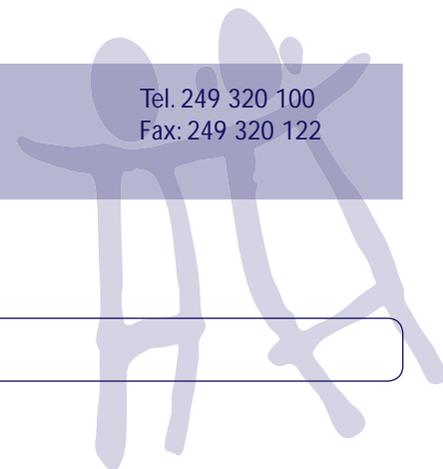
Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; autorizada na prestação de cuidados ou exames; encorajada durante a indução da anestesia e no período pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Enfermeiros e Médicos.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
Os pais dispõem de um livro para anotarem as suas sugestões/reclamações.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Médico. Os pais são igualmente informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 16h00 às 17h00.
- Adolescentes: O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e integrada no guia de acolhimento. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de Nossa Senhora da Graça - Tomar
Centro Hospitalar do Médio Tejo - Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro – 2300-625 TOMAR
Lotação do hospital: 112 camas

Tel. 249 320 100
Fax: 249 320 122



Hospital novo a funcionar desde 2002. Está integrado no Centro Hospitalar do Médio Tejo, S.A.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Directora: Ema Santos
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Maria da Saudade Santos
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Directora do Serviço e Enfermeira
Chefe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadoras de Infância 1
Professores 0

Lotação: 13 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 9
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia* 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 1 a 2
Número de quartos individuais 0

* de pediatria médica



Biblioteca para crianças
Responsável: voluntário;
Colaboração da Biblioteca Municipal de Tomar.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no período pós-anestésico.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Médicos e Enfermeiros.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral e fotográfica sobre a anestesia pelos Médicos e Enfermeiros. Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia pelos Médicos e Enfermeiros.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 9h00 às 20h00.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Assistente Social;
Intervêm nestas situações a Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros.
A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento programado no serviço, composto por um guia de acolhimento e recepção individualizada da criança/família pela Enfermeira.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira
Rua Dr. Luís César Pereira – 2600-178 VILA FRANCA DE XIRA
Lotação do hospital: 210 camas

Tel. 263 285 800
Fax: 263 276 501

Hospital Distrital de repelência para os Centros de Saúde da Unidade e da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Capacidade de 210 camas para as valências básicas (Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Cardiologia, Obstetrícia e Ginecologia) e Pediatria com 19 camas e Unidade de Neonatologia com 9 Incubadoras e berços

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: João Ildefonso Ribeiro
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Maria de Jesus Lino
Responsável - Dor: Anestésista de adultos
Responsável - Acolhimento: Enfermeira Chefe ou responsáveis das Unidades ou Director do Serviço
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadoras de Infância 0
Professores 0

Lotação: 31 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 3
Enfermaria 19
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 9
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 16
Número médio de camas por quarto 2 a 4
Número de quartos individuais 1



Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos de construção, puzzles, aquário.

Ludoteca

Biblioteca para crianças

Colaboração da Câmara Municipal de Vila Franca de Xira.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia, é autorizada no período pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar e de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro e Médico.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
Os pais dispõem de uma caixa de sugestões.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h00 às 20h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com cortinas, cadeirão, cadeira e armário individual.
- Adolescentes: Existem salas de 2 camas para adolescentes. Estes recebem informação oral sobre a doença e não se podem ausentar do Serviço.

- Crianças vítimas de maus-tratos: Responsável: Maria João Costa, Assistente Social; Intervêm nestas situações todos os profissionais do serviço.
A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores e os Serviços Sociais.
A criança fica internada preventivamente até se esclarecer o encaminhamento. São divulgadas permanentemente as situações detectadas aos profissionais.
- Participação cívica: Câmara Municipal de Vila Franca de Xira.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento que consistem na divulgação e colaboração do guia de acolhimento.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital de Santa Cruz
Av. Prof. Dr. Reinaldo dos Santos – 2799-523 CARNAXIDE

Tel. 214 163 400
Fax: 214 188 095

Serviço de Cardiologia Pediátrica com 6 camas.
Enfermaria no piso 4 e 2 camas nos Cuidados Intensivos na UCI-piso1.

Serviço de Cardiologia Pediátrica



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Director: Maymone Martins
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Nazaré Vilhena
Responsável - Dor: Serviço de Anestesia
Responsável - Acolhimento: Enfermeira Especialista em Pediatria
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 0
Professores 0

Lotação: 8 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 6
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 2
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 0





Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo;

Colaboração: Associação de Protecção e Apoio à Criança com Doença Cardíaca (APA-CDC).

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; analisada caso a caso e condicionada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada no período pós – anestésico.

- Os pais dispõem de uma sala de estar, de copa e de instalações sanitárias próprias.

- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança e um painel de fotografias para as crianças. É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames e também por meios lúdicos à criança.

Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.

- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestésista. São informados sobre a dor e modalidades de tratamento. Recebem igualmente informação oral e através de esquemas gráficos sobre a cirurgia pelos Cirurgiões Cardiorácicos e Cardiologistas Pediátricos.

- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h30 às 19h00.

- Adolescentes: O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação sobre a doença oralmente e através de desenhos.

Pode ausentar-se do serviço acompanhado para se dirigir ao café, ao jardim ou para passear.

- Participação Cívica: Associação de Protecção e Apoio a Crianças com Doença Cardíaca (APA-CDC).

Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários e profissionais remunerados: palhaços, músicos e actores. Colaboração da APA-CDC e do Cascais Shopping.

- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento.

- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de Santa Maria
Av. Professor Egas Moniz – 1649-028 LISBOA
Lotação do hospital: 1096 camas

Tel. 217 805 202
Fax: 217 805 623

Hospital Central (Geral).

Internamento de crianças em serviços de adultos: Cirurgia e Ortopedia, pontualmente.

Trata-se de crianças que têm idades compreendidas entre 14 e 16 anos pois a Urgência de Cirurgia Pediátrica nos dias de prevenção só atende crianças até aos 13 anos.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 16 anos

Director: João Gomes Pedro

Enfermeira Supervisora: -

Enfermeiros Chefe: -

Responsável - Dor: Médicos

Responsável - Acolhimento: Enfermeiros

Pessoal:

Assistentes Sociais 2

Psicólogos 8

Pedopsiquiatras 2

Educadores de Infância 11*

Professores 2

* cinco contratados, duas requisições e quatro efectivos;

Coordenadora: Manuela Ramalho

Lotação: 113 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 6

Enfermaria 59

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 7

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 20

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

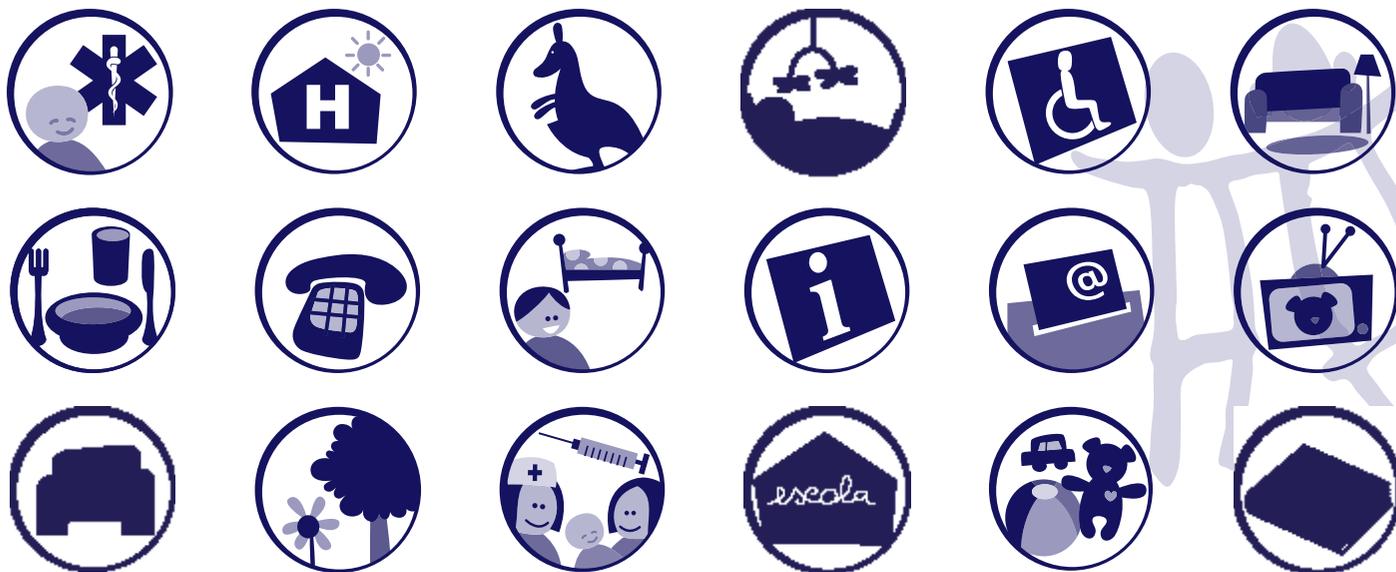
Hospital de Dia de Cirurgia 5

Cirurgia Pediátrica 16

Berçário (puerpério) 42

Número médio de camas por quarto -

Número de quartos individuais -



Escola

Responsáveis: Matilde Correia, Maria João Marques, professoras;
Material existente: televisão, vídeo, computadores.

Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;
Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, livros, brinquedos.

Biblioteca

Tem sido desenvolvido um projecto com as Bibliotecas móveis da Câmara Municipal de Lisboa junto da consulta externa. O projecto pretende motivar para a leitura através de um serviço de empréstimo de livros, possibilidade de inscrição como sócio das Bibliotecas itinerantes e visitas de autores e ilustradores de livros infantis e artesãos (encadernadores, recicladores de papel).

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; condicionada e analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.

- Informação para pais e crianças: Visita ao serviço para pais e crianças, guia de acolhimento para pais e slides para crianças. É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico responsável pela criança e Enfermeiro.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Os pais dispõem de uma caixa de sugestões para depositarem as suas sugestões/reclamações assim como de um Gabinete de Utente.
- Preparação para a Cirurgia: Os pais e a criança recebem informação oral sobre a cirurgia pelos Cirurgiões Pediatras e Enfermeiros e a criança também por fotografias, documentos e meios lúdicos. Pais e criança são igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
- Visitas: Crianças menores de 12 anos, só na Neonatologia.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com mobiliário.
- Adolescentes: A Unidade atende adolescentes dos 10 aos 18 anos em ambulatório, não tendo a vertente de internamento. O adolescente recebe informação oral sobre a doença.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Miroslava Gonçalves, Assistente Graduada de Pediatria; Intervêm nestas situações dois Assistentes Sociais, um Pedopsiquiatra, uma Enfermeira e um Pediatra. A articulação faz-se com Centros de acolhimento, IPSS, o Serviço de Emergência Social, ONGs, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, os Serviços Sociais, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família e o Centro de Saúde. É dada formação na área dos maus tratos a técnicos de todos os níveis.
- Participação Cívica: Associação para as Crianças de Santa Maria (ACSM).
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços, contadores de histórias, actores, marionetistas e músicos. Colaboração da Cruz vermelha, da Câmara Municipal de Lisboa e de Laboratórios.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital de Santa Marta
Rua de Santa Marta – 1169-024 LISBOA
Lotação do hospital: 236 camas

Tel. 213 594 000
Fax: 213 594 034

Hospital Central especializado, vertente cardiovascular e pneumologia.
Referência directa dos Serviços de Urgência Pediátrica para o Médico de Urgência Interna que está 24 horas por dia em presença física no Serviço.

Serviço de Cardiologia Pediátrica



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos

Director: Sashicanta Kaku
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiro Chefe: Mário Duque
Responsável - Dor: Joana Parente, Paula Baptista, Enfermeiras
Responsável - Acolhimento: Médico e Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1*
Educadores de Infância 2
Professores 2**

* pertence à equipa do Hospital Dona Estefânea

** voluntários

***de pediatria médica

Lotação: 14 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 9
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 5
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia*** 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 2 a 3
Número de quartos individuais 2





Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

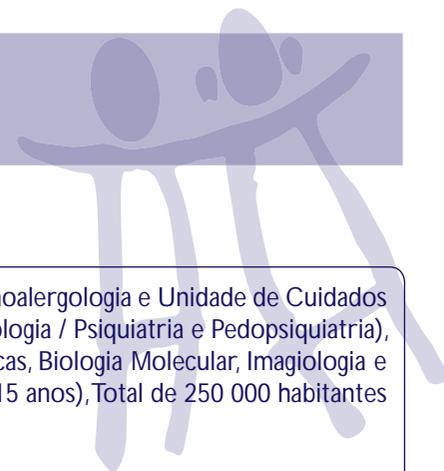
Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, jogos, livros e computador.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; é autorizada na indução da anestesia e no pós anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral e escrita aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico e posteriormente pelo Enfermeiro com a colaboração dos pais.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.
Os pais dispõem de um questionário de satisfação.
- Preparação para a Cirurgia: As crianças e os pais recebem informação oral sobre a anestesia. São informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a cirurgia pelos Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 8h00 às 20h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com WC individual, objectos pessoais, brinquedos, televisão, etc.
- Participação Cívica: Associação de Protecção e Apoio a Crianças com Doença Cardíaca (APA-CDC) e Fundação do Gil.
- Animações artísticas e culturais: realizadas por voluntários, profissionais de saúde e Fundação do Gil (1 vez por semana).
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Programa de intervenção e projecto de melhoria das condições de segurança.
Responsável: Enfermeiro Chefe.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação ao internamento, composto por um guia, procedimentos de recepção, socialização no serviço e um folheto distribuído na data de marcação.
Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento com formação em serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital de São Bernardo – Setúbal
Rua Camilo Castelo Branco Ap. 140 – 2910-446 SETÚBAL
Lotação do hospital: 353 camas

Tel. 265 549 000
Fax: 265 238 066



Hospital de Nível II (Distrital) com valências médicas (Medicina Interna (Infecciologia, Oncologia, Imunoalergologia e Unidade de Cuidados Intensivos) / Cardiologia / Gastroenterologia / Endocrinologia / Pneumologia / Neurologia / Dermatologia / Psiquiatria e Pedopsiquiatria), cirúrgicas (Cirurgia Geral / Pediátrica / Maxilo-facial – Urologia / ORL / Oftalmologia), Análises clínicas, Biologia Molecular, Imagiologia e Obstetrícia / Ginecologia e Serviço de Pediatria. População de crianças de mais ou menos 40 000 (0-15 anos), Total de 250 000 habitantes (Concelhos de Palmela, Setúbal, Santiago do Cacém, Alcácer do Sal e Grândola). Internamento de crianças em serviços de adultos: Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Luís Caturra
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiro Chefe: Francisco Vaz
Responsável - Dor: João Silva Duarte, Jorge Cortez ,
Anestésistas
Responsável - Acolhimento: Paula Lourenço, Sílvia Cavalheiro,
Enfermeiras
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 4
Professores 0

Lotação: 40 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 19
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 11
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 6
Berçário (puerpério) 26
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 5



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: todos os dias, das 8h30 às 22h00;

Material existente na sala: televisão e vídeo;

Colaboração: Rotário de Setúbal com palhaços 1 vez por mês.

Ludoteca

Biblioteca para crianças

Responsável: voluntário;

Horário: dias úteis, das 8h30 às 18h00.

• Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na Unidade de Internamento de Curta Duração; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; só é autorizada durante a indução da anestesia em caso de ansiedade não controlada.

Os pais podem acompanhar a criança desde a entrada na Unidade de Cuidados Pós Anestesia (UCPA) onde há brinquedos e um diploma de "Bom Comportamento".

• Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e criança.

É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames.

Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Internamento de Curta Duração (banho, alimentação, administração de terapêutica oral).

- **Preparação para a Cirurgia:** A criança e os pais recebem informação oral e através de um vídeo sobre a anestesia prevista pelo Enfermeiro Anestésista e pelo Anestésista. A criança é igualmente informada com uma visita ao bloco operatório e à UCPA. A criança e os pais são informados oralmente sobre a dor e as modalidades de tratamento.
Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia pelo Enfermeiro Pediátrico ou pelo Cirurgião Pediátrico.
- **Adolescentes:** O adolescente recebe informação oral sobre a doença. Não se pode ausentar do Serviço.
Há informação organizada sobre os problemas de saúde do adolescente.
- **Crianças vítimas de maus tratos:** Intervêm nestas situações a Psicóloga, a Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros.
A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família de Setúbal e a Segurança Social.
- **Participação Cívica:** Associação para o Bem-estar das Crianças de Setúbal e Rotary Clube de Setúbal.
- **Animações artísticas e culturais:** Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços. Colaboração dos Rotários de Setúbal.
- **Projectos de melhoria do acolhimento no Serviço:** Utilização de meios audiovisuais. Responsável: Enfermeira Graduada.
- **Informações adicionais do serviço:** Têm sido organizadas reuniões sobre acolhimento para os membros do Serviço.
A psicóloga do Serviço organiza reuniões com os Médicos pontualmente.
- **Carta da Criança Hospitalizada:** É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e integrada no guia de acolhimento. Têm havido projectos para a sua aplicação.

Hospital de São Francisco Xavier
Estrada do Forte do Alto do Duque – 1442-006 LISBOA

Tel. 213 000 300
Fax: 213 018 125

Hospital Central Geral do Serviço Nacional de Saúde.
As situações cirúrgicas são transferidas.

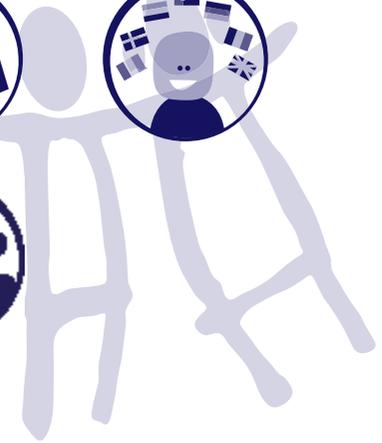
Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 16 anos de idade

Director do Serviço de Pediatria: José Guimarães
Directora do Serviço de Neonatologia: Maria Anjos Bispo
Enfermeiras Coordenadoras: Fátima Pereira (Pediatria) e
Maria José Calhau (Neonatologia)
Enfermeiras Chefe: Rosário Lobo (Pediatria) e Zulmira
Manteigas (Neonatologia)
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 2
Pedopsiquiatras 2
Educadores de Infância 2
Professores 1

Lotação: 47 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 6
Enfermaria 27
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 14
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 38
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada e ilimitada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e na prestação de cuidados ou exames.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pela Enfermeira ou pelo Médico e por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
Os pais dispõem de um livro de reclamações.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h00 às 16h00; permitidas a irmãos menores de 12 anos.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com objectos pessoais.
- Adolescentes: Um Assistente Hospitalar é responsável pela Consulta de Adolescentes e dá apoio ao internamento.
O consentimento do adolescente para o internamento é solicitado sistematicamente. O número de dias de internamento é negociado, o adolescente recebe informação oral sobre a doença e pode ausentar-se do Serviço acompanhado para se dirigir à cafetaria.
É fornecida informação sobre problemas de Saúde do adolescente (gravidez, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, toxicofilia e suicídio) na Consulta de Adolescentes.

- Crianças vítimas de maus tratos: Responsáveis: Marta Manuel Vilhena, Pediatra, Paula Afonso, Assistente Social; Intervêm nestas situações os Psicólogos, os Médicos, os Enfermeiros e os Educadores de Infância.
A articulação faz-se com o Tribunal de Família, o Tribunal de Menores, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Centro de Saúde, os Serviços Sociais e as Escolas.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente, realizadas por profissionais remunerados: palhaços, músicos, contadores de histórias, actores e marionetistas. Colaboração da Fundação do Gil e do Rotary Club de Lisboa.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Reestruturação do espaço físico do internamento. Responsável: Director do Serviço.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento para os membros do serviço, em que se discutem e apresentam as normas de acolhimento.
Os psicólogos do Serviço reúnem-se com os Assistentes Sociais, os Médicos, os Enfermeiros e outros profissionais para discutir as dificuldades de aceitação dos pais da situação clínica da criança.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital Distrital de Santarém
Av. Bernardo Santareno, Ap. 115 – 2000-153 SANTARÉM
Lotação do hospital: 300 camas

Tel. 243 300 200
Fax: 243 370 220

Hospital Polivalente.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia e Otorrinolaringologia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias de idade

Directora: Aldina Canteiro Lopes
Enfermeiro Supervisor: Helena Sal
Enfermeira Chefe: Maria Manuela Freire
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 32 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 17
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 11
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 20
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 3



Sala de Brincar

Responsável: Educador de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão e vídeo.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; autorizada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança. É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pela Enfermeira. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: Os pais são informados com documentos, no caso de cirurgia programada.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 13h00 às 20h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com cama, cadeirão e brinquedos.
- Adolescentes: O adolescente recebe informação oral sobre a doença e não se pode ausentar do Serviço.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Assistente Social; Intervêm nestas situações os Médicos e os Enfermeiros. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Centro de Saúde e o Tribunal de Menores.
- Participação Cívica: Associação dos Amigos do Hospital.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e integrada no guia de acolhimento.

Hospital Distrital de Torres Vedras
Centro Hospitalar de Torres Vedras - Rua Dr. Aurélio Ricardo Belo – 2560-324 TORRESVEDRAS
Lotação do hospital: 257 camas

Tel. 261 319 300
Fax: 261 319 358

O Centro Hospitalar de Torres Vedras é composto pelo Hospital Distrital de Torres Vedras e pelo ex-Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 12 anos de idade

Director: Salvador Santos
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiro Chefe: Ilídio Matos
Responsável - Dor: Pedopsiquiatra
Responsável - Acolhimento: Director do Serviço e Enfermeiro Chefe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 0
Professores 0

Lotação: 28 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 16
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 3
Otorrinolaringologia Pediátrica 3
Ortopedia Pediátrica 2
Berçário 5
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 0





Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: todos os dias, das 8h00 às 22h00;

Material existente na sala: televisão e computadores.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; autorizada na prestação de cuidados ou exames.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças. Estão normas afixadas em todas as salas de internamento.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e / ou exames pelo Enfermeiro, Médico ou Psicóloga.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia prevista pelos Médicos e Enfermeiros. São também informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
Recebem informação oral sobre a cirurgia pelos Enfermeiros e Médicos.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 19h00 às 20h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com cama identificada e brinquedos.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Helena Loreto, Assistente Graduada de Pediatra;
Intervêm nestas situações a Assistente Social, a Psicóloga, o Pedopsiquiatra e os Pediatras.
- Participação Cívica: Associação dos Amigos do Hospital.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por profissionais remunerados: contadores de histórias. Colaboração dos profissionais do Serviço e da Liga de Amigos do Hospital de Torres Vedras.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Aumentar o espaço da sala de estar.
- Informações adicionais do serviço: A psicóloga do serviço organiza reuniões com a Assistente Social, os Médicos e Enfermeiros, para discutir e avaliar os casos clínicos.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Doutor Manoel Constâncio – Unidade de Abrantes
Centro Hospitalar do Médio Tejo - Largo Engº Bioucas – 2200-202 ABRANTES
Lotação do hospital: 240 camas

Tel. 241 360 700
Fax: 241 360 774

Unidade Hospitalar integrada no Centro Hospitalar do Médio Tejo, considerado na definição anterior da hierarquia da rede hospitalar como sendo de Nível 2, isto é, integrando valências básicas e intermédias.
As patologias do foro cirúrgico, ortopédico, ORL e oftalmológico são atendidas pelos médicos das respectivas especialidades, embora, em caso de necessidade de internamento, este se processe no Serviço de Pediatria.

Serviço de Pediatria



Tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias de idade

Directora: Isabel Colaço
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Zita Vitória Gouveia Maia
Responsável - Dor: Enfermeira
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 1
Professores 0

Lotação: 34 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 20
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 14
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 19
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 3



Sala de Brincar

Responsável: Educador de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 16h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, consola, livros, brinquedos;

Colaboração: Associação de Amigos da Pediatria de Abrantes e Câmara Municipal de Abrantes.

- Presença dos Pais: Ilimitada para a mãe e das 9h00 às 22h00 para o pai no internamento; é autorizada na prestação de cuidados ou exames e durante a indução da anestesia, excepto pontualmente; encorajada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar, copa e instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança e também um painel de fotografias e um vídeo para as crianças.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro e Médico e também por vídeo aos pais.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral e por vídeo sobre a anestesia pelos Médicos e Enfermeiros. Recebem igualmente informação sobre a dor e modalidades de tratamento.
No caso de doença cirúrgica, a criança é informada através de documentos e vídeos.

- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h30 às 16h30.
- Adolescentes: O número de dias de internamento é negociado. O adolescente recebe informação sobre a doença, oralmente, por documentos e vídeos.
Não existe Unidade própria para adolescentes, mas existe uma sala adaptada na Enfermaria.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Pediatra e Assistente Social da Pediatria; Intervêm nestas situações os Pediatras e a Assistente Social.
A articulação faz-se com os Serviços Sociais e o Tribunal de Menores.
- Participação Cívica: Associação dos Amigos da Pediatria de Abrantes e Liga dos Amigos do Hospital.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos, palhaços e contadores de histórias. Colaboração da Casa do Pessoal do HDA e de estabelecimentos comerciais locais.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Reformulação do guia de acolhimento para a Pediatria. Responsáveis: Flora Pereira, Isabel Prates, Nuno Branco e João Belo, Enfermeiros;
Elaboração do guia de acolhimento para a Neonatologia. Responsáveis: Ana Luísa Roxo e Teresa Morgado, Enfermeiras.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e certos excertos estão integrados no guia de acolhimento. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Hospital Fernando da Fonseca – Amadora/Sintra
IC 19 Ventieira – 2710-276 AMADORA
Lotação do hospital: 660 camas

Tel. 214 348 200
Fax: 214 361 969

Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 18 anos de idade

Directora: Maria Helena Carreira
Enfermeira Supervisora: Helena Ribeiro da Silva
Enfermeira Chefe: Isabel Rodrigo Gonçalves
Responsável - Dor: Clara Abadesso, Pediatra
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 3
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 3
Professores 0

Lotação: 90 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 8
Enfermaria 45
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 11
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 26
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 43
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 12



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: todos os dias, das 10h00 às 18h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores;

Colaboração: Rotary Clubs e Mc Donald's.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; encorajada na prestação de cuidados ou exames; autorizada e encorajada na indução da anestesia e no pós-anestésico.

- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e criança, visita ao serviço para pais e painel de fotografias para as crianças.

É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Enfermeiros e Psicólogos. A criança é igualmente informada por meios lúdicos, documentos e livros próprios de pintar.

Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.

Os pais dispõem de um questionário individual para anotarem as suas sugestões/reclamações.

- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta, pela Psicóloga ou pelo Enfermeiro e a criança igualmente por escrito. A criança e os pais são informados oralmente sobre a dor e as modalidades de tratamento.

A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia pelo Cirurgião, pelas Psicólogas ou pelos Enfermeiros. A criança também é informada através de documentos.

- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 20h00.
- Adolescentes: Existe uma Unidade própria para adolescentes, composta por quartos individuais e que interna jovens até aos 18 anos. O Serviço dispõe de um Pediatra Especializado e uma Consulta de adolescentes.
O adolescente recebe informação oral sobre a doença.
- Crianças vítimas de maus tratos: Intervêm nestas situações as Psicólogas, os Assistentes Sociais, os Médicos e os Enfermeiros. A articulação faz-se com o Tribunal de Menores, o Centro de saúde, os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, a Comissão de Protecção de Menores Amadora e Sintra.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente, realizadas por voluntários: músicos, palhaços, actores e futebolistas. Colaboração do Rotary Club e Mc Donald's.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Parceria de Cuidados/continuidade de Cuidados. Responsável: Rodrigues Gonçalves, Enfermeiro.
- Informações adicionais do serviço: O núcleo de psicólogos do Serviço organiza reuniões com os Assistentes Sociais, os Médicos, os Enfermeiros e os Técnicos de Saúde, sobre doentes crónicos ou gravemente doentes e sobre o stress dos profissionais.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e integrada no guia de acolhimento. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Garcia de Orta – Almada
Av. Torrado da Silva – 2801-951 ALMADA
Lotação do hospital: 579 camas

Tel: 212 940 294
Fax: 212 957 004



Hospital Geral polivalente com uma Urgência Geral de adultos polivalente. Tem Urgência Obstétrica própria com uma média anual de 4200 partos. O Serviço de Pediatria tem Urgência própria polivalente de referência, consulta externa própria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Directora do Serviço de Pediatria: Ana Jorge
Director do Serviço de Cirurgia Pediátrica:
Orlando Cordeiro
Enfermeira Supervisora: Isabel Trunninger
Enfermeiras Chefe: Elsie Ramos (pediatria médica e cirúrgica),
Maria José Araújo (UCIMP), Paula Pereira (urgência,
consultas)
Responsável - Dor: Beatriz Craveiro Lopes - Coordenadora
do grupo da dor, Medicina Geral
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 0
Pedopsiquiatras 4
Educadores de Infância 2
Professores 0

Lotação: 55 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 9
Enfermaria 15
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 4
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 15
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia do ambulatório 6
Cirurgia Pediátrica 6
Berçário (puerpério) 40
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 4



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h30 às 18h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores e jogos diversos.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; analisada caso a caso e encorajada na prestação de cuidados ou exames; é autorizada e encorajada durante o dia na Unidade de Cuidados Intensivos; incentivada na indução da anestesia e no pós anestésico.
- Os pais dispõem de uma sala de estar e instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral e escrita aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelos Enfermeiros e Médicos e também por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.
Os pais dispõem de um gabinete de utente.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a anestesia pelo Médico Anestesta e/ou Cirurgião Pediatra. São igualmente informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a cirurgia pelos Médicos e Enfermeiros. A criança também é informada por meios lúdicos, entrevista individual e reunião de grupo e os pais com meios audiovisuais, em reunião de preparação pre-cirúrgica e visita ao serviço. Existe consentimento informado acerca dos actos a praticar.

- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 10h00 às 20h00.
- Adolescentes: O consentimento para o internamento é sistematicamente solicitado. O adolescente recebe informação oral sobre a doença e pode ausentar-se do Serviço acompanhado e para se dirigir à cafeteria ou outras áreas no interior do Hospital.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Maria do Carmo Nascimento, Chefe do Serviço de Pediatria; Intervêm nestas situações o Assistente Social, os Médicos, os Enfermeiros, as Educadoras de Infância e o Pedopsiquiatra. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, os Serviços Sociais, o Centro de Saúde, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família e o Instituto de Medicina Legal. O serviço desenvolve projectos que visam sensibilizar a equipa de Saúde dos diversos sectores do Serviço de Pediatria para a detecção de situações de maus tratos, assim como promove acções individualizadas, quando são detectadas situações de risco.
- Participação Cívica: APBEC (Associação para o Bem Estar da Criança) e Rotary Club de Almada.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços, músicos, Música no Hospital, Hora do Conto e Hora da Música. Colaboração dos Rotários de Almada e da Fundação do Gil.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Elaboração do guia de acolhimento em fase final; Ligação pela Internet às escolas da área; Núcleo Espinha Bífida.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento nas reuniões do serviço. O psicólogo dá apoio às consultas externas e regularmente, o Pedopsiquiatra intervém no internamento
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e integrada no guia de acolhimento. Tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro
Av. Movimento das Forças Armadas – 2830-094 BARREIRO
Lotação do hospital: 502 camas

Tel: 212 147 300
Fax: 212 024 704

Hospital polivalente. Serviço de Pediatria: Enfermaria, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Unidade de Internamento de Curta Duração, Hospital de Dia e Consultas Externas: Geral, Desenvolvimento, Neurologia, Nefrologia, Doenças Respiratórias e Doenças Infecciosas Neonatais.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos de idade

Directora: Elisabete Gonçalves

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Deolinda Marques

Responsável - Dor: não existe

Responsável - Acolhimento: Enfermeira

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 3

Pedopsiquiatras 1

Educadoras de Infância 2

Professores 0

Lotação: 34 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 6

Enfermaria 15

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 10

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica 0

Ortopedia Pediátrica 3

Berçário (puerpério) 30

Número médio de camas por quarto 1 a 2

Número de quartos individuais 6





Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 17h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; é analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia; é encorajada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e criança. É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pela Enfermeira. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). Os pais dispõem de um livro para anotarem as suas sugestões / reclamações.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h00 às 20h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com brinquedos pessoais.
- Adolescentes: Os adolescentes têm salas de internamento próprias, integradas na enfermaria geral de pediatria. Recebem informação oral sobre a doença e não podem ausentar-se do serviço.
- Participação Cívica: Rotários e Mad Science.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente, são realizadas por voluntários: palhaços e animação cultural. Colaboração: Rotários e Mad Science.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido realizadas acções de formação sobre o acolhimento para a equipa de enfermagem.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão
Outão 2900-182 SETÚBAL
Lotação do hospital: 103 camas

Tel. 265 543 900
Fax: 212 189 634

Hospital Central especializado em Ortopedia e Traumatologia.

O Hospital assegura o funcionamento da Urgência de Ortopedia do Hospital São Bernardo (Setúbal) pela permanência de médicos 24 horas/dia no balcão de Ortopedia. As crianças, em situação de urgência, são aí observadas pelos ortopedistas. Em caso de necessidade de internamento são encaminhadas para o Hospital do Outão.

Serviço de Ortopedia Infantil



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Vítor Coimbra

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Solange Eleutério

Responsável - Dor: não existe

Responsável - Acolhimento: Enfermeira

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 0

Pedopsiquiatras 0

Educadores de Infância 0

Professores 1

Lotação: 12 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 0

Enfermaria de Ortopedia Infantil 12

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica Ortopédica 0

Berçário (puerpério) 3

Número médio de camas por quarto 3

Número de quartos individuais -



Escola

Responsável: Graça Silva, professora;

Material existente: televisão, vídeo, computadores, livros, jogos, material escolar;

Colaboração: Liga de Amigos e professores;

A escola participa num jornal.

Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, material didáctico.

Ludoteca

Biblioteca para crianças e pais

Responsável: voluntário;

Horário: dias úteis; das 15h00 às 17h00;

Empréstimo de livros.

- Presença dos Pais: Das 10h00 às 21h30 no internamento; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia nem no pós-anestésico.

- Os pais dispõem de instalações sanitárias e quartos próprios.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
Os pais dispõem de um panfleto de sugestões para anotarem as suas sugestões / reclamações.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta ou Enfermeira do bloco operatório. São informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia ortopédica pelo Médico e pelos Enfermeiros do serviço ou do bloco operatório e a criança é também informada por meios lúdicos.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 15h00 às 16h30 e das 19h00 às 20h30.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com livros, brinquedos e objectos pessoais.
- Adolescentes: Existe uma equipa própria para adolescentes. Os adolescentes são internados no Serviço de Ortopedia Infantil, dos 11 anos até aos 15 anos de idade.
O consentimento do adolescente para o seu internamento é solicitado. O número de dias de internamento é negociado e o adolescente recebe informação oral sobre a doença.
Há informação organizada sobre os problemas de saúde do adolescente, cuidados de higiene com o corpo, higiene oral, cuidados de saúde.
- Participação Cívica: Rotary Club Setúbal – Sado, Liga dos Amigos do Hospital e Visteon Portuguesa Lda.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente, realizadas por voluntários: palhaços e contadores de histórias. Colaboração do Rotary Clube Setúbal – Sado.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação em serviço e na actualização dos guias de acolhimento.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas
Centro Hospitalar do Médio Tejo - Av. Xanana Gusmão, Ap. 45 – 2351 TORRES NOVAS

Tel. 249 810 100
Fax: 249 810 106

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Director: Anibal Teixeira de Sousa

Enfermeiro Supervisor: -

Responsável - Dor: Rosa Varanda, Enfermeira

Responsável - Acolhimento: Rosa Varanda, Enfermeira

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 0

Educadores de Infância 1

Professores 0

Lotação: 18 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração 4

Enfermaria 14

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia 0

Cirurgia Pediátrica 0

Berçário (puerpério) 0

Número médio de camas por quarto 1

Número de quartos individuais 3





Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: todos os dias, das 9h00 às 18h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores e material lúdico.

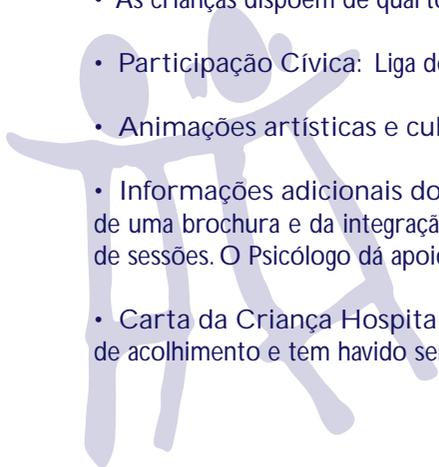
Ludoteca

Biblioteca para crianças

Responsável: voluntário;

Horário: dias úteis.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança. Os pais dispõem de uma caixinha de respostas para sugestões/reclamações.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 19h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com cama, mesa de cabeceira e guarda-fato próprios.
- Participação Cívica: Liga de Amigos do Hospital Rainha Santa Isabel.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, são realizados eventos no Dia Mundial da Criança, Carnaval e Natal.
- Informações adicionais do serviço: Existe um programa de preparação para o internamento que consiste na distribuição aos pais de uma brochura e da integração no serviço por uma Enfermeira. Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento através de sessões. O Psicólogo dá apoio aos pais e às crianças.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço, integrada no guia de acolhimento e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil
Centro Regional de Oncologia de Lisboa - Rua Prof. Lima Basto – 1099-023 LISBOA
Lotação do hospital: 213 camas

Tel. 217 229 800
Fax: 217 200 417

Hospital dedicado à doença oncológica
A urgência funciona para crianças que já se encontrem em tratamento no Serviço. Não está aberta para o exterior.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: Mário Chagas
Enfermeiro Supervisor: Santos Loureiro
Enfermeira Chefe: Elsa Pedroso
Responsável - Dor: Luís Portela, Director de Departamento
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 4
Professores 3

Lotação: 22 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração -
Enfermaria -
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / -
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais -
Hospital de Dia -
Cirurgia Pediátrica -
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 1
Número de quartos individuais 15



Escola

Responsáveis: professores;

Material existente: televisão, vídeo, computadores, fax e videoconferência;

Colaboração: Fundação Gil e Liga Portuguesa Contra o Cancro;

A escola participa num jornal, em exposições e espectáculos. Desenvolve actividades com outros núcleos escolares.

Sala de Brincar

Responsável: Educadores de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores, jogos, material didáctico e lúdico.

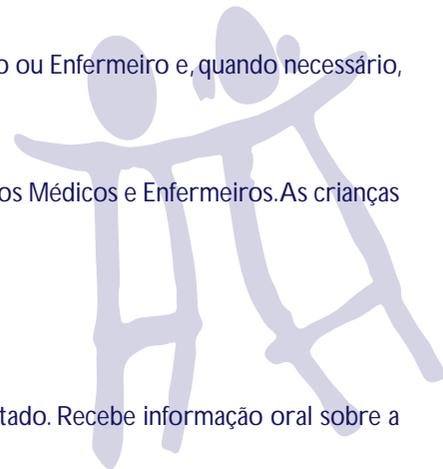
Ludoteca

Biblioteca para crianças e pais

Horário: Permanente.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames; autorizada na indução da anestesia e no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de quartos, sala de estar, copa, instalações sanitárias e máquina de lavar roupa próprios.

- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico ou Enfermeiro e, quando necessário, por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelos Médicos e Enfermeiros. As crianças efectuam uma visita às instalações do Serviço de Observação.
Os pais e a criança são informados diariamente sobre a dor e modalidades de tratamento.
Recebem igualmente informação oral sobre a cirurgia, pelo Cirurgião, Enfermeiro e Psicólogo.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h00 às 18h00.
- Adolescentes: O consentimento do adolescente para o internamento é sistematicamente solicitado. Recebe informação oral sobre a doença e pode ausentar-se do Serviço acompanhado.
- Participação Cívica: Liga Portuguesa contra o Cancro e Associação Acreditar.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente, realizadas por voluntários: músicos, palhaços, contadores de histórias, actores, marionetistas. Colaboração da Liga portuguesa contra o Cancro, Associação Acreditar, Fundação do Gil e Saúde Brincando.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



D. Hospitais Gerais sem Pediatria

Hospital Curry Cabral
Rua da Beneficência, 8 – 1069-166 LISBOA
Lotação do Hospital: 503 camas

Tel. 217 924 202
Fax. 217 924 392

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Consulta de Dermatologia

Hospital de Pulido Valente
Alameda das Linhas de Torres, 117 – 1769-001 LISBOA

Tel. 217 548 000
Fax: 217 548 215

O Hospital de Pulido Valente não tem Serviço de Pediatria. Atende algumas crianças no Serviço de Otorrinolaringologia.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência de ORL
Atende crianças na consulta ORL
Interna no Serviço de ORL

Serviço de Otorrinolaringologia

Director: António Marques Pereira Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeiro Chefe: -
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 0
Professores 0

Lotação: 14 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração -
Enfermaria -
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / -
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais -
Hospital de Dia -
Cirurgia Pediátrica -
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 6
Número de quartos individuais 0



Sala de brincar

Responsável: - ;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 18h00;

Material existente na sala: televisão.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; autorizada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e crianças. É dada informação oral aos pais e à criança sobre os exames ou cuidados pelo Médico e Enfermeiras e também por escrito aos pais. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). Os pais dispõem de um questionário no guia de acolhimento para manifestarem as suas sugestões ou reclamações.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h00 às 16h00.

Hospital do Litoral Alentejano
Herdade do Gilbardino – 7540-230 SANTIAGO DO CACÉM

Tel. 269 818 100
Fax. 269 818 107

O novo Hospital do Litoral Alentejano abriu em Junho de 2004 e encontra-se em regime de instalação. Prevê-se que, quando em pleno funcionamento, tenha Serviço de Pediatria com Urgência Pediátrica individualizada com capacidade de quatro camas para internamento de curta duração, capacidade de dez camas em regime de Enfermaria e uma Consulta Externa individualizada. A idade de atendimento pediátrico está definida dos 0 aos 14 anos e 364 dias.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral com apoio pediátrico
Atende crianças na Consulta Externa

Hospital do Montijo
Rua Machado Santos, 54 – 2870-351 MONTIJO
Lotação do hospital: 134 camas

Tel. 212 321 790
Fax: 212 320 019

Hospital com dois Serviços de Internamento – Medicina e Cirurgia; Serviço de Urgência; Serviço de Radiologia; Serviço de Patologia Clínica; Serviço de Fisioterapia.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral

Hospital Egas Moniz
Rua da Junqueira, 126 – 1349-019 LISBOA
Lotação do hospital: 430 camas

Tel. 213 650 159
Fax: 213 650 198

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência de Otorrinolaringologia e Oftalmologia
Atende crianças nas Consultas de: Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Genética Médica, Neuropediatria, Neurocirurgia e Ortopedia
Interna crianças nos Serviços de adultos de:
Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Ortopedia

Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida
Centro Hospitalar de Cascais - Rua de Luanda – 2775 PAREDE

Tel. 214 568 600
Fax: 214 568 689

Hospital Ortopédico que integra o Centro Hospitalar de Cascais, juntamente com o Hospital Condes de Castro Guimarães.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Consulta Externa
Interna crianças no Serviço de Ortopedia de adultos com idades correspondentes à 2ª Infância assim como adolescentes.

Hospital São José
Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central - Rua José António Serrano – 1150-199 LISBOA
Lotação do hospital: 505 camas

Tel. 218 841 267
Fax: 218 841 023

Atendimento de crianças referenciadas nalgumas especialidades apenas: Neurocirurgia, Oftalmologia, Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial.

Não tem Serviço de Pediatria

Atende crianças na Urgência Geral em situação de politraumatizados e de Oftalmologia, Estomatologia e Otorrinolaringologia

Atende crianças nas Consultas das especialidades: Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Estomatologia e Neurocirurgia

Região do Alentejo

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital de Santa Luzia de Elvas
Rua Mariana Martins, Ap. 242 – 7350-954 ELVAS

Tel. 268 637 600
Fax: 268 629 817

Não tem Urgência nem Internamento em Pediatria
Tem Consulta Externa de Pediatria
As crianças são atendidas na Urgência Geral com o apoio de um Pediatra, quando necessário.

Serviço de Pediatria



Não Urgência Pediátrica autónoma
Tem Consulta Externa de Pediatria
Não tem internamento

Directora: Irene Mouzinho
Enfermeira Chefe: Maria Conceição Espanca



Hospital do Espírito Santo – Évora
Largo Sr. da Pobreza – 7000-811 ÉVORA
Lotação do hospital: 399 camas

Tel. 266 740 100
Fax: 266 701 821

Hospital Distrital com alguma diferenciação nomeadamente da área perinatal, sendo Hospital de referência para a região do Alentejo. Internamento de crianças nos serviços de adultos: Oftalmologia e Otorrinolaringologia, contra o parecer do Director do Serviço de Pediatria.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias
Internamento até aos 18 anos nos casos de doença crónica

Director: Hélder Gonçalves
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Conceição Antas
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Enfermeiros
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 2
Professores 0

Lotação: 36 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 3
Enfermaria 18
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 12
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia de Pediatria 3
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 29
Número médio de camas por quarto 4
Número de quartos individuais 1



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: todos os dias, das 9h00 às 16h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores;

Colaboração: INATEL.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; é autorizada e encorajada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; analisada caso a caso e encorajada na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia, é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais têm acesso às refeições no hospital, no serviço e nos quartos quando a criança se encontra acamada. Existem 3 quartos próprios para os pais com instalações sanitárias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança e também painel de fotografias, vídeo e banda desenhada para a criança.
É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames e pelo médico e Enfermeiro.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...), o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
Têm acesso ao gabinete de utente para qualquer reclamação.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Anestesta. Também são informados sobre a dor e modalidades de tratamento.
A criança e os pais recebem informação oral sobre cirurgia.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 15h30 às 16h30 e das 19h00 às 20h00.

- 
- **Adolescentes:** Internamento até aos 18 anos de idade se portadores de doença crónica ou casos sociais. O consentimento para o internamento é solicitado ao adolescente. Recebe informação oral sobre a doença. Há informação organizada sobre problemas de saúde do adolescente, diabetes, alimentação, higiene, hábitos de vida, gravidez, aborto, contraceção, doenças sexualmente transmissíveis, toxicofilia e suicídio.
 - **Crianças vítimas de maus tratos:** Responsável: Lurdes Lorga, Médica Pediatra, Chefe de Serviço; Intervêm nestas situações a Psicóloga, o Assistente Social, os Médicos, os Enfermeiros e os Educadores de Infância. A articulação faz-se com os Serviços Sociais, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Centro de saúde, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família, o Núcleo Intrahospitalar do PAFAC e a Associação Chão dos Meninos.
 - **Participação Cívica:** ASPHDE (Associação de Pediatras do Hospital Distrital de Évora, Lurdes Lorga, Pediatra), Associação Chão dos Meninos (Dr. Rui Rosado), Inatel e Junta de Freguesia.
 - **Animações artísticas e culturais:** Regularmente, realizadas por voluntários e profissionais remunerados: músicos, contadores de histórias, marionetistas e cantores. Colaboração do INATEL e da Junta de Freguesia.
 - **Informações adicionais do Serviço:** A psicóloga do serviço organiza reuniões com o Assistente Social, os Médicos e Enfermeiros no âmbito da Pediatria Social. Têm sido organizadas acções de formação sobre o acolhimento.
 - **Carta da Criança Hospitalizada:** É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre
Av. de Santo António – 7301-853 PORTALEGRE
Lotação do hospital: 295 camas

Tel. 245 301 000
Fax: 245 330 359

Hospital Distrital com várias valências.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: José da Conceição Duarte
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Maria da Conceição Dias
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe

Pessoal:

Assistentes Sociais	1
Psicólogos	1
Pedopsiquiatras	0
Educadoras de Infância	1
Professores	0

Lotação: 20 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração	3
Enfermaria	11
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais /	3
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	
Hospital de Dia	0
Cirurgia Pediátrica	3
Berçário (puerpério)	4
Número médio de camas por quarto	3,5
Número de quartos individuais	0



Sala de Brincar

Responsável: Educador de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos e puzzles.

Ludoteca

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; encorajada e analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia, é autorizada no pós-anestésico.

Os pais dispõem de uma sala de estar, copa e instalações sanitárias próprias.

- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança e também vídeo para a criança. É dada informação oral e escrita aos pais e à criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Médico ou Enfermeiro e também à criança por meios lúdicos.

Os pais dispõem de um livro de registo e de um impresso próprio para anotarem as suas sugestões/reclamações.

- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a anestesia pelo Médico ou Enfermeiro e a criança também por meios lúdicos. A criança e os pais são informados sobre a dor e as modalidades de tratamento oralmente e por escrito.

A criança e os pais recebem informação oral e escrita sobre a cirurgia, pelos Médicos ou Enfermeiros. A criança também é informada por meios lúdicos.

- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 14h00 às 15h00.

- Adolescentes: São internados na mesma enfermaria que outros jovens da mesma idade e patologia. Recebem informação oral e escrita sobre a doença.

Há informação organizada sobre problemas de saúde do adolescente, vacinação, prevenção de acidentes, sexualidade, gravidez, aborto, contraceção, doenças sexualmente transmissíveis e toxicofilia.

- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Maria do Céu Novaz, Assistente Hospitalar Graduada; Intervêm nestas situações a Assistente Social, os Médicos, os Enfermeiros, a Educadora de Infância e o Psicólogo. O serviço dispõe de um projecto de intervenção precoce relativamente a estes casos.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: músicos, palhaços e contadores de histórias. Colaboração do Teatro de Portalegre.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Amenização da estadia hospitalar. Responsáveis: Enfermeiro António Louro e Educadora Madalena Cary.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas acções de formação sobre acolhimento para os Enfermeiros, através de formação em serviço e fora, jornadas e congressos.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação assim como aquisição de meios.

Hospital José Joaquim Fernandes – Beja
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo - Rua Dr. António Fernando Covas Lima – 7800-309 BEJA
Lotação do hospital: 200 camas

Tel. 284 310 200
Fax: 284 322 134



Hospital distrital, generalista, com maternidade (1300 partos/ano) e Serviço de pediatria /Neonatologia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Directora: Anicete Cavaco

Enfermeiro Supervisor: -

Enfermeira Chefe: Beatriz Pereira

Responsável - Dor: João Filipe, Anestesiista

Responsável - Acolhimento: não existe

Pessoal:

Assistentes Sociais 1

Psicólogos 1

Pedopsiquiatras 1

Educadores de Infância 2

Professores 0

Lotação: 15 camas

Número de camas por Unidade

Unidade de Internamento de Curta Duração -

Enfermaria -

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / -

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Hospital de Dia* -

Cirurgia Pediátrica -

Berçário (puerpério) -

Número médio de camas por quarto 4

Número de quartos individuais 1

* de pediatria médica





Sala de Brincar

Responsáveis: Educadores de Infância;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos, brinquedos, livros e computador.

Ludoteca

Biblioteca para crianças

Responsável: voluntário;

Horário: das 9h00 às 16h00.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; é autorizada durante a indução da anestesia e encorajada no pós-anestésico.
- Existem quartos próprios para acolher as mães.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças e ainda um painel de fotografias para a criança. É dada informação oral à criança e aos pais sobre os cuidados ou exames pelos Enfermeiros. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...). São distribuídos inquéritos de satisfação aos pais.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelo Enfermeiro e Anestesta. São também informados oralmente sobre a dor e as modalidades de tratamento. Recebem informação oral sobre a cirurgia pelos Médicos e Enfermeiros.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: depende da situação.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Ana Cristina Nobre, Assistente Social; Intervêm nestas situações a Psicóloga, a Assistente Social, os Médicos e os Enfermeiros. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores, os Serviços Sociais, o Centro de Saúde e Instituições de atendimento temporário. Projecto de melhoria de acolhimento: aumentar a área da sala de brincar. Responsável: Directora do Serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido projectos para a sua aplicação.

B. Hospitais Gerais sem Pediatria

Hospital de São Paulo – Serpa
Largo de São Paulo – 7830-386 SERPA
Lotação do hospital: 37 camas

Tel. 284 544 715
Fax: 284 544 747

Hospital de Nível I, com uma área de influência de mais ou menos 50 000 habitantes, dos Concelhos de Serpa, Moura, Barrancos e Mértola (parte). Dispõe das seguintes valências: Serviços de Internamento, Medicina Interna e Cirurgia Geral, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Imagiologia, Patologia Clínica e Medicina Física e de Reabilitação. Consulta Externa: Medicina Interna/Cirurgia Geral/Fisiatria Telemedicina.

Não tem Serviço de Pediatria
Atende crianças na Urgência Geral
Interna crianças no Serviço de Cirurgia de adultos

Região do Algarve

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
Sítio do Poço Seco – 8500-338 PORTIMÃO
Lotação do hospital: 266 camas

Tel: 282 450 300
Fax: 282 450 390

Hospital inaugurado em Julho de 1999. Desde Dezembro de 2002, Hospital do Barlavento Algarvio S.A.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Otorrinolaringologia.
A Urgência Pediátrica está situada noutro piso que o Serviço de Pediatria e é independente em todos os aspectos da Urgência Geral.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos

Director: Luís Manuel Rodrigues Batalau
Enfermeiros Supervisores: Amélia Gracias, Olívia Gouveias
Enfermeiro Chefe: Maria Duarte
Responsável - Dor: Anestésista, Assistente Hospitalar
Graduado Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais -
Psicólogos -
Pedopsiquiatras -
Educadoras de Infância -
Professores -

Lotação: 25 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 5
Enfermaria 14
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 6
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia* 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) -
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 1

* de pediatria médica



Sala de Brincar

Responsável: - ;

Horário: permanente;

Material existente na sala: televisão, vídeo, computadores.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada na indução da anestesia, é autorizada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de uma copa e de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças. É dada informação oral aos pais e criança sobre a prestação de cuidados e/ou exames pelo Enfermeiro. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...).
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a anestesia pelos Médicos e Enfermeiros. São também informados oralmente sobre a dor e as modalidades de tratamento.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com objectos pessoais e nome.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Teresa Silva, Pediatra e membro da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens; Intervêm nestas situações as Assistentes Sociais. A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e o Tribunal de Menores.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços e contadores de histórias.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Melhoria e aperfeiçoamento da equipa de saúde e das instalações.
- Informações adicionais do serviço: Têm sido organizadas reuniões internas sobre acolhimento com os membros do serviço.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta no serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Hospital Distrital de Faro
Rua Leão Penedo – 8000 FARO
Lotação do hospital: 369 camas

Tel: 289 891 195
Fax: 289 891 159

Hospital Distrital ,mas em termos de apoio Perinatal e de Cuidados intensivos Pediátricos, Trata-se de um hospital nível III.
Internamento de crianças em serviços de adultos: Otorrinolaringologia, excepcionalmente.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 14 anos e 364 dias

Directora: Paulina Santos
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Fátima Maia
Responsável - Dor: Serviço de Anestesia
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 0
Educadores de Infância 2
Professores 0

Lotação: 57 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 5
Enfermaria 18
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 3
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 19
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia* 2
Cirurgia Pediátrica 5
Ortopedia Pediátrica 5
Berçário (puerpério) 31
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 4

* de pediatria médica



Sala de brincar

Responsáveis: Professora voluntária e Educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 21h00;

Material existente na sala: televisão, vídeo, jogos, gameboy, brinquedos e livros.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento; autorizada e encorajada na Unidade de Cuidados Intensivos; encorajada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento e visita ao serviço para pais e criança. É dada informação oral à criança e aos pais sobre os cuidados ou exames pelo Médico e/ou Enfermeiro. Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição). Dispõem de caixa de sugestões para depositar as suas sugestões/reclamações.
- Visitas: Horário de visita para familiares e amigos: das 16h00 às 18h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com cama e mesa de cabeceira próprias.
- Adolescentes: Existem 2 quartos e os adolescentes são internados na unidade até aos 15 anos inclusive. Recebem informação oral sobre a doença.

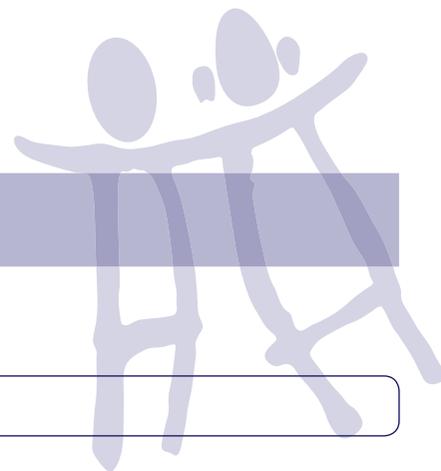
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Raul Coelho, Assistente Hospitalar de Pediatria; Intervêm nestas situações a Psicóloga, a Assistente social, os Médicos, os Enfermeiros e as Educadoras de Infância. A articulação faz-se com a Segurança Social, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família e o Centro de Saúde.
- Participação Cívica: APAS (Associação de Pediatra Ambulatória do Sul), Rotary Clube de Faro e Biblioteca Municipal.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente, realizadas por profissionais: músicos, palhaços, contadores de histórias, actores e marionetistas. Colaboração do Rotary Clube de Faro e da Biblioteca Municipal.
- Informações adicionais do serviço: Realizam-se reuniões com a Psicóloga, a Assistente Social, os Médicos e Enfermeiros para dar apoio aos filhos dos toxicod dependentes.
O restante apoio é dado apenas pela Psicóloga em local próprio.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.

Região Autónoma da Madeira

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Centro Hospitalar do Funchal
Av. Luís de Camões – 9000 FUNCHAL

Tel.291 705 600
Fax: 291 743 771



Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até aos 13 anos

Directora: Amélia Cavaco
Enfermeira Directora: Teresa de Sousa
Enfermeira Chefe: Salomé Henriques
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: não existe
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos** 1
Pedopsiquiatras 1
Educadores de Infância 1
Professores 0

*de pediatria médica

** pertence ao serviço de Psiquiatria

Lotação: 47 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 29
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 2
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 6
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia* 0
Cirurgia Pediátrica 6
Berçário (puerpério) 0
Número médio de camas por quarto 3
Número de quartos individuais 0



Escola

Responsável: Anabela Martinho, professora;

Material existente: televisão, vídeo e computador.

Sala de Brincar

Responsável: Educadora de Infância;

Horário: dias úteis, horário permanente;

Material existente na sala: televisão, computadores.

Biblioteca para crianças

Horário: dias úteis, das 8h00 às 18h00;

Colaboração: Associação Acreditar.

- Presença dos Pais: Permitida das 8h00 às 22h00 no internamento; encorajada na prestação de cuidados ou exames.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para crianças.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre os cuidados ou exames pelos Enfermeiros ou Médicos.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição).
Os pais dispõem de um gabinete do utente e de cartas pessoais para escreverem as suas sugestões/ anotações.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação sobre a anestesia. São informados sobre a dor e as modalidades de tratamento.
Recebem igualmente recebem informação oral e escrita sobre a cirurgia pelos Cirurgiões Pediátricos e Enfermeiros.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 15h00 às 16h00.

- Adolescentes: O consentimento do adolescente para o internamento é sistematicamente solicitado. Recebe informação oral sobre a doença e não se pode ausentar do serviço.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsável: Amélia Cavaco, Pediatra;
Intervêm nestas situações o Psicólogo, a Assistente Social, os Médicos, os Enfermeiros, a Educadora de Infância e o Pedopsiquiatra.
A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, os Serviços Sociais, o Tribunal de Menores e o Tribunal de Família.
- Participação Cívica: Associação Acreditar.
- Animações artísticas e culturais: Ocasionalmente, realizadas por voluntários: palhaços, músicos e marionetistas.
- Projectos de melhoria do acolhimento no Serviço: “Escola Virtual” para internamentos prolongados.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está afixada nos locais próprios.

Região Autónoma dos Açores

A. Hospitais Gerais com Pediatria

Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo
Canada do Barreiro – 9700-856 ANGRA DO HEROÍSMO
Lotação do hospital: 228 camas

Tel. 295 403 200
Fax: 295 214 992

Hospital de categoria distrital em zona ultraperiférica, que resolve problemas da sua ilha (60 000 habitantes) e de outras duas ilhas (15 000 habitantes) e por vezes de mais 4 ilhas (35 000 habitantes).

Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e por vezes, Cirurgia.

Serviço de Pediatria



Não tem Urgência Pediátrica autónoma
Internamento até 14 anos e 364 dias

Director: Francisco Gomes
Enfermeiro Supervisor: -
Enfermeira Chefe: Ana Lima
Responsável - Dor: não existe
Responsável - Acolhimento: Marisa Queiroga, Assistente Social
Pessoal:
Assistentes Sociais 1
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 2*
Educadores de Infância 2
Professores 0

* em formação

Lotação: 13 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 0
Enfermaria 13
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 0
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 5
Número médio de camas por quarto 2
Número de quartos individuais 0



Sala de Brincar

Responsáveis: Educadoras de Infância;

Horário: dias úteis, das 9h00 às 18h00;

Material existente na sala: brinquedos, televisão, computadores, vídeo, dvd, scanner, jogos didácticos, lúdicos e electrónicos, biblioteca; O Sector de Educação realiza o Jornal do serviço (2 vezes por ano) e participa em exposições e encontros de crianças e adolescentes com diabetes. Existe um protocolo entre este Sector e a Biblioteca Pública.

- Presença dos Pais: Pai - das 8h00 às 22h00, mãe - 24h no internamento; encorajada na Unidade de Cuidados Intensivos dependendo da situação da criança e das condições dos pais; encorajada e analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames; não é autorizada durante a indução da anestesia; é encorajada no pós-anestésico.
- Os pais dispõem de instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais.
É dada informação oral aos pais e à criança sobre os cuidados ou exames pelos Médicos, Enfermeiro e Educadores de Infância e também por meios lúdicos à criança.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos (banho, uso de aparelhos).
Dispõem de um Gabinete do utente e também de um intérprete de inglês no caso de americanos da Base das Lages.
- Preparação para a Cirurgia: A criança e os pais recebem informação oral sobre a cirurgia pelo Enfermeiro ou Médico.

- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 13h00 às 19h00; menores de 12 anos: das 13h00 às 15h00.
- As crianças dispõem de quartos personalizados com decoração, mobiliário infantil e uso de audiovisuais.
- Adolescentes: Existe uma unidade própria de internamento de adolescentes dos 12 aos 15 anos. Os adolescentes recebem informação oral sobre a doença e não se podem ausentar do serviço a não ser com acordo próprio.
- Participação Cívica: Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço.
Existe um projecto para aplicação da carta que consiste na permanência de um dos pais e em casos especiais dos dois nas 24h00.



Hospital do Divino Espírito Santo – São Miguel
Grotinha São Sebastião – 9560-370 PONTA DELGADA
Lotação do hospital: 369 camas

Tel. 296 203 000
Fax: 296 203 115

Hospital Distrital com características de Hospital Central, dado receber doentes de outros Hospitais do Arquipélago dos Açores, em determinadas especialidades.

Internamento de crianças em serviços de adultos: Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia e Cirurgia.

A urgência a partir das 20.30 é feita na urgência geral com um pediatra de prevenção.

Serviço de Pediatria



Urgência Pediátrica autónoma das 8h00 as 20h30
Internamento até aos 14 anos de idade

Directora: Maria Clara Macedo
Enfermeira Directora: Maria de Deus Rocha Ferreira
Enfermeira Chefe: Isilda Fontes
Responsável - Dor: Teresa Flor Lima, Chefe de Serviço de Anestesiologia
Responsável - Acolhimento: Enfermeira
Pessoal:
Assistentes Sociais 2
Psicólogos 1
Pedopsiquiatras 1*
Educadores de Infância 1**
Professores 0

* vez por mês
** voluntária

Lotação: 47 camas
Número de camas por Unidade
Unidade de Internamento de Curta Duração 4
Enfermaria 25
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / 18
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
Hospital de Dia*** 0
Cirurgia Pediátrica 0
Berçário (puerpério) 32
Número médio de camas por quarto 2 a 5
Número de quartos individuais 3

*** de pediatria médica



Sala de Brincar

Responsável: - ;

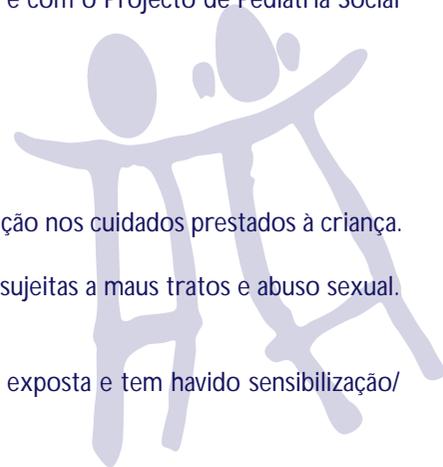
Horário: todos os dias, consoante disponibilidade dos voluntários;

Material existente na sala: televisão, computadores, vídeo.

- Presença dos Pais: Ilimitada no internamento e na Unidade de Cuidados Intensivos; analisada caso a caso na prestação de cuidados ou exames.
- Os pais dispõem de sala de estar, copa e instalações sanitárias próprias.
- Informação para pais e crianças: Guia de acolhimento para pais e crianças e também livros, material de pintura, jogos e recortes para a criança. É dada informação oral à criança e aos pais sobre os cuidados ou exames pelo Pediatra e/ou Enfermeiro.
Os pais são encorajados a participar nos cuidados básicos (higiene, refeição...) o que é extensível à Unidade de Cuidados Intensivos.
- Visitas: Horário para familiares e amigos: das 13h30 às 14h30 e das 19h00 às 20h00.
- Crianças vítimas de maus tratos: Responsáveis: Anabela Cunha, Assistente Social, Isilda Fontes, Enfermeira de Saúde Comunitária, Clara Macedo, Pediatra e António Cordeiro, Pediatra;
Intervêm nestas situações a Assistente Social, o Pediatra, o Enfermeiro, a Psicóloga e um Jurista.
A articulação faz-se com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, o Tribunal de Menores, o Tribunal de Família e os Serviços Sociais.

São realizadas reuniões com o Tribunal de Família, a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens e com o Projecto de Pediatria Social em vista a melhorar a detecção e o acompanhamento destes casos.

- Participação Cívica: Grupo de Amigos da Pediatria.
- Animações artísticas e culturais: Regularmente, realizadas por voluntários.
- Projectos de melhoria do acolhimento no serviço: Projecto para um lar e formação/prevenção nos cuidados prestados à criança.
Responsáveis: Assistente Social e Directora do serviço de Pediatria;
Consultas para mães adolescentes com equipa multidisciplinar assim como consulta para crianças sujeitas a maus tratos e abuso sexual.
Responsável: Paula Maciel, Pediatra.
- Carta da Criança Hospitalizada: É conhecida dos profissionais do serviço. Está amplamente exposta e tem havido sensibilização/formação para a sua aplicação.



4. Anexo – Pergunta Adicional

Caracterização do Serviço de Pediatria

1. Para melhor caracterizar o Serviço de Pediatria, solicitamos que complete os seguintes dados:

Número de camas do Serviço: _____ camas

Que unidades compõem o Serviço de Pediatria a que pertence e que lotação têm?

	Sim	Não	Lotação
Enfermaria de Pediatria Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de camas: _____
Unidade de Internamento de Curta Duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de camas: _____
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de camas: _____
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de camas: _____
Cirurgia Pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de camas: _____
Berços (Puerpério)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de camas: _____

Internamento de crianças em Serviços de adultos

2. Por não ter sido contemplada no questionário, solicitamos que responda à seguinte questão sobre o internamento de crianças em serviços de adultos.

No Hospital a que pertence, existem crianças internadas em Serviços de adultos?

Sim Não

Em caso afirmativo, em que Serviços?

	Sim	Não
Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neurocirurgia

Cirurgia

Outros Serviços

Quais? _____

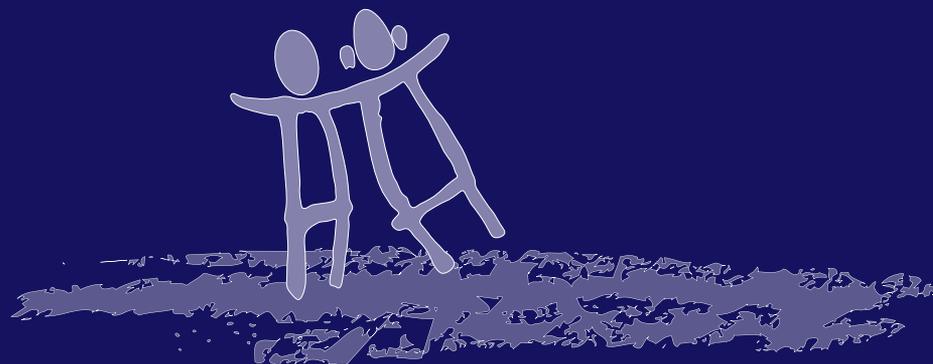
Utilize o espaço que se segue para fornecer alguma informação complementar que considere pertinente:

Agradecemos que assinale de seguida o nome e o cargo da pessoa que respondeu a esta pergunta:

Nome: _____

Cargo: _____

Contacto (tlf/tlmvel): _____



Instituto
de Apoio
à Criança



HUMANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE
ATENDIMENTO À CRIANÇA

FUNDAÇÃO
GlaxoSmithKline
DAS CIÊNCIAS DE SAÚDE

Instituto de Apoio à Criança

Largo da Memória, 14

1349 - 045 Lisboa

Tel: +351 213 617 880 Fax: +351 213 617 889

e-mail: iacsede@netcabo.pt

Sector de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança

Rua Sampaio e Pina, 12, r/c

1070 - 249 Lisboa

Tel: +351 213 807 300 Fax: +351 213 869 199

e-mail: iac.humanizacao@gmail.com

<http://www.iacrianca.pt>