

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Vivências Emocionais do Cliente Pediátrico Hospitalizado:
Intervenções de Enfermagem para um Acolhimento
Humanizado

Sandra Helena das Neves Ferreira Almeida

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Vivências Emocionais do Cliente Pediátrico Hospitalizado:
Intervenções de Enfermagem para um Acolhimento
Humanizado


Sandra Helena das Neves Ferreira Almeida

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

No final desta etapa, tão desejada e ao mesmo tempo repleta de desafios e obstáculos a superar durante o seu percurso, gostaria de agradecer e dedicar este trabalho a todos aqueles que, pela sua força e motivação, não me deixaram esmorecer e apontaram a direção certa a seguir, principalmente aos meus amigos, família, enfermeiros orientadores de estágio e à Professora Doutora Paula Diogo.

Muito Obrigada!

Sandra Almeida

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNPT - Recém-nascido Pré-Termo

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

A doença e hospitalização são acontecimentos inesperados para as crianças, adolescentes e suas famílias, que acarretam experiências de dor e sofrimento, sendo objetivo dos enfermeiros em Pediatria promover a adaptação de todos os intervenientes a esta realidade. Nos últimos anos tem-se denotado uma preocupação acrescida no que respeita aos cuidados de saúde pediátricos, numa vertente holística de cuidar. Esta perspetiva contempla aspetos do ambiente, da relação e da compreensão da experiência humana nos processos de saúde-doença. Um acolhimento humanizado é uma arte que deve estar em constante busca de aperfeiçoamento pela sua importância na adaptação e aceitação à hospitalização e para que pais e crianças se sintam confiantes e únicos na sua experiência.

Face à problemática definida no cenário da prestação de cuidados, *as vivências emocionais das crianças, jovens e família em situação de doença e hospitalização*, foi dado enfoque à importância da gestão emocional e da gestão de informação, como intervenções de enfermagem interligadas e facilitadoras de um acolhimento humanizado e de todo o processo de cuidados.

O presente relatório tem como finalidade sintetizar o percurso de formação desenvolvido face à temática em questão, no sentido de adquirir competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), numa perspetiva de procura, consolidação e mudança. Através da descrição, análise e reflexão sobre as práticas desenvolvidas, e com base na evidência científica e opinião de peritos, foram projetados os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Os resultados expressam que a gestão emocional e a gestão de informação do cliente pediátrico quando utilizadas de forma complementar, num trabalho de parceria e baseado em cuidados centrados na família, são essenciais na resposta às necessidades complexas da criança, do jovem e da família, promovendo o seu bem-estar global. Destaca-se a necessidade dos enfermeiros terem uma maior compreensão da forma como a experiência de doença e hospitalização é vivida pelos seus intervenientes, propulsionando assim a qualidade dos cuidados prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização; Enfermagem Pediátrica; Hospitalização; Gestão emocional; Gestão da informação.

ABSTRACT

Illness and hospitalization are unexpected events for children, teenagers and their families resulting in suffering and painful experiences, being that one of the objectives for nurses in Pediatrics is to promote the adjustment of all intervening parties to this reality. In the last few years a growing concern has arisen within pediatric health care, in an holistic perspective of caring. This perspective includes environmental, relational and human experience aspects of the health-disease processes.

A humanized embracement is an art that should be in constant improvement due to its importance in the adaptation and acceptance of hospitalization, so that parents and children feel confident and unique in their experience.

Given the problem defined in the healthcare setting with regards to “*the emotional experiences of children, teenagers and family in illness and hospitalization*”, emphasis was given to the importance of emotional and information management as interconnected nursing interventions that enable a humane user embracement and facilitate the care process.

This report aims to synthesise the learning trajectory with regards to the stated theme, in order to gain both common and specific Children Health and Pediatric Nurse Specialist competencies in a way of search, consolidation and change. Through description, analysis and reflection of nursing practice, and based on scientific evidence and expert opinion, aims were defined, activities developed and competencies attained.

Results state that emotions and information management in the pediatric patient, when used in a complementary fashion, within working in partnership and based in a family-centered approach are essential in responding to the child's, young person and families' complex needs, promoting their general well-being.

Emphasis must be placed on the need for nurses to have a better understanding of how illness and hospitalization experiences are lived by all intervening parties, thus improving the quality of care.

KEYWORDS: Humanized health care; Pediatric Nursing; Hospitalization; Emotional management; Information management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1.1 Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson enquanto orientação para a prática	11
1.2 Humanização e Cuidar em Pediatria: Cuidados Centrados na Família e Parceria de cuidados	12
1.3 Experiências de doença e hospitalização: Intervenção do enfermeiro na gestão emocional e na gestão de informação	15
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	19
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PRECURSO DE ESTÁGIO – De Enfermeira Generalista a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	20
3.2 Objetivos e Atividades.....	21
3.3 Competências adquiridas.....	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

APÊNDICES

Apêndice I - Diário de Campo I

Apêndice II - Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III - Registo de observação das técnicas e estratégias de comunicação

Apêndice IV - Registo de observação da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Apêndice V - Sessão de formação em serviço *“Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada – aplicabilidade prática”*

Apêndice VI - Instrumento orientador da aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada

Apêndice VII - Caixa Temática com material para avaliação do desenvolvimento psico-motor

Apêndice VIII - Diário de Campo II

Apêndice IX - Grelha de registo de observação

Apêndice X - Guião de entrevista semiestruturada a EEESCJ

Apêndice XI - Sessão de educação para a saúde "*Procedimentos dolorosos: Como posso aliviar os medos e ansiedade do meu filho?*"

Apêndice XII - Guião de entrevista semiestruturada a enfermeiro perito

Apêndice XIII - Guião de entrevista semiestruturada a uma mãe de RNPT

Apêndice XIV - Sessão de formação em serviço "*Método Canguru: da evidência à prática*"

Apêndice XV - Guia de Acolhimento UCIN

Apêndice XVI - Norma de procedimento de articulação UCIN-Obstetrícia

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio pressupõe a auto-análise crítica do desempenho profissional em diferentes contextos de estágio, e emerge no culminar do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, sendo um processo fundamental com vista à sua finalidade: desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009) muitos autores confluem no sentido de definir *competência* como o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis (*saber, saber fazer, saber estar*) para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação complexa. Assim sendo, o presente Relatório partiu de um projeto de estágio inicial, baseado num contrato pedagógico auto explicitado e no autodiagnóstico das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEESCJ.

Tal como preconizado, os eixos orientadores da prática neste percurso foram aqueles que estabelecem os referenciais da profissão e da área da Saúde Infantil e Pediatria, tais como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento de Competências do EEESCJ, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e diferentes Normativos da Direção Geral de Saúde (DGS), que foram sendo mobilizados.

Os atuais padrões de qualidade definem um novo paradigma de organização do ensino, centrado nos processos de aprendizagem e no estudante enquanto sujeito pró-ativo, crítico e atuante na construção do seu saber. Neste percurso formativo o enfoque foi dado à aprendizagem experiencial (Kolb, 1984), ou seja, à aprendizagem resultante da reorganização e reconstrução da própria experiência, num processo contínuo de crescimento e desenvolvimento, e à prática reflexiva (Schön, 1987), orientadora da ação e geradora de conhecimentos. Schön (1987) propõe a prática reflexiva na formação dos profissionais como instrumento de desenvolvimento de

competências, baseado no processo de reflexão-na-ação e nas aprendizagens através do saber-fazer.

Este documento espelha o percurso formativo de uma enfermeira generalista visando a aquisição de competências de EEESCJ, e as conclusões dos processos de pensamento de enfermagem que lhe estiveram subjacentes, através de uma metodologia descritiva e reflexiva.

Emergem assim os quadros de referência orientadores da prática, aqueles que me irão nortear enquanto EEESCJ: a filosofia de Cuidados Centrados na Família, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e o conceito de trabalho emocional.

De forma a facilitar a consulta e compreensão deste Relatório, foi realizada a sua estruturação por capítulos. Num primeiro capítulo será realizada uma breve abordagem ao enquadramento conceptual que fundamentou todo o percurso, tornando-se orientador da prática desenvolvida. Seguidamente, num segundo capítulo, será apresentado o problema identificado da prática de cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e o seu objeto de estudo. No capítulo de descrição e análise do percurso formativo serão explicitados os objetivos propostos seguidos da consequente reflexão sobre as atividades desenvolvidas para os atingir. A descrição das competências adquiridas segue-se numa perspetiva de evolução e desenvolvimento profissional, e por último serão explanadas algumas considerações finais. A metodologia de trabalho é descritiva e reflexiva, baseando-se na revisão da literatura atual subjacente.

Este documento apresenta-se apenas como a síntese (dentro dos limites definidos) de um caminho denso de uma variedade de experiências vividas e de reflexão sobre as práticas, de valorização da evidência produzida, numa lógica de enfermagem avançada.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson enquanto orientação para a prática

A Enfermagem sustenta-se nos cuidados prestados ao Outro, na qual o Cuidar é considerado um aspeto central da profissão, com o objetivo da prestação de cuidados holísticos. Cuidar está inerente à vida, à condição humana, diz respeito a cada um de nós.

A Teoria do Cuidado Transpessoal foi desenvolvida pela enfermeira e investigadora americana Jean Watson, que considera o cuidado como atributo mais valioso que a Enfermagem tem a oferecer. Watson (2002, 2005) propõe a relação de cuidar, dando grande ênfase à dimensão relacional na sua Teoria do Cuidado Transpessoal, levando a um olhar para além da componente física, abordando o ser humano como um todo, biológico, social e espiritual e trazendo assim de volta conceitos como “alma” e “espírito”. Esta teoria apresenta uma abordagem humanística, servindo de guia para a compreensão das respostas humanas e, portanto, emocionais. A Teoria do Cuidado Transpessoal não deixa de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico no cuidado, mas complementa e amplia o aspeto social e espiritual, trazendo um novo paradigma do cuidar-curar, onde somos capazes de atender à unidade da mente-corpo-espírito e à singularidade do ser humano. O processo de cuidar é arte, devido à forma como toca na alma da pessoa e sente as emoções e a união com os outros, sendo o seu objetivo o movimento da pessoa em direção a um elevado sentido do *self* (Eu) e um maior sentido de harmonia na mente, no corpo e na alma (Watson, 2002).

Watson traz de volta à Enfermagem o sentido de conceitos como o sagrado, harmonia, beleza, ritual, amor. Na interação enfermeiro/cliente, dá-se o processo de cuidado como cerne fundamental para a Enfermagem, e desenvolvem-se relações interpessoais, nas quais cada um desempenha funções específicas. Ao enfermeiro cabe a função de fornecer o apoio e proteção, concomitantemente com a tomada de decisão científica. Ao cliente, competem as experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável. Watson reforça ainda o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro, onde há partilha de emoções através dos sentidos, e deste modo os sentimentos são transmitidos (Diogo, 2015), daí a necessidade da

prática dos cuidados em enfermagem não ser desconetada da compreensão das emoções, face à sua importância no estabelecimento da relação terapêutica.

Assim sendo, mais do que se centrar em *fazer*, os cuidados de saúde devem configurar questões do *Ser*, de modo a serem mais completos (Watson, 2002). A arte de Cuidar surge como meio de comunicação e expressão de sentimentos humanos, em que existe uma conexão com o Outro, com o potencial de curar (*healing*) (Watson, 2002).

Apesar disso, o conceito da função de Cuidar do enfermeiro encontra-se ameaçado pela evolução tecnológica que tem apelado à valorização da vertente tecnicista, o que poderá comprometer a humanização dos cuidados, essencial em Pediatria. Com o desenvolvimento de Cuidados Centrados na Família e uma prática de cuidados em parceria, centrada nas respostas às necessidades da criança e da família, será possível providenciar cuidados mais individualizados e alicerçados em valores humanos.

1.2 Humanização e Cuidar em Pediatria: Cuidados Centrados na Família e Parceria de cuidados

A prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo vital impõe competências gerais, mas também adaptadas ao seu estágio de desenvolvimento. Assim sendo, a criança não deve ser considerada um adulto em miniatura, é um ser humano, de direitos, e de grande vulnerabilidade. O século XX marca em definitivo a grande mudança no que respeita à consideração pelos direitos da criança. A Convenção dos Direitos da Criança, que enuncia os direitos civis e políticos, e também os direitos económicos, sociais e culturais de todas as crianças, define criança como todo o ser humano dos 0 aos 18 anos.

Em Saúde Infantil e Pediatria, a díade criança/família constitui o eixo dos cuidados, numa lógica de cuidar tendo em conta não só a singularidade da criança e da família, mas também as múltiplas dimensões do Cuidar Humano (Watson, 2002, 2005). A família impõe-se como referência fundamental num sistema de prestação de cuidados que se pretende mais humanizado, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade.

Humanizar o contexto hospitalar é fundamental com vista ao desenvolvimento do bem-estar da criança hospitalizada. Por humanização entende-se "um estado de

espírito que implica conhecimentos e aptidões que moldam as atitudes e se traduzem numa prática diária atenta à satisfação das necessidades das crianças e das famílias” (Torrado da Silva, citado por InfoCEDI, 2009, par.1). Falar de humanização dos cuidados à criança e família, num contexto hospitalar por si só agressivo, pode parecer algo utópico. Todavia, nos últimos anos, tem-se denotado uma preocupação acrescida no que respeita aos cuidados de saúde prestados às crianças e suas famílias, numa perspetiva de cuidar holística. Esta perspetiva contempla aspetos do ambiente, da relação e da compreensão da experiência humana nos processos de saúde-doença.

Cada família tem as suas experiências e expectativas, os seus objetivos, os seus receios, e são esses que devem ser considerados quando falamos em Cuidados Centrados na Família. Estes consideram a família como uma constante na vida da criança, sendo com ela, a principal interessada e defensora dos seus filhos, que devemos estabelecer relações de parceria, essenciais nos cuidados em pediatria. A American Academy of Pediatrics (2003), citada por Hockenberry e Barrera (2014, p.1026), define o Cuidado Centrado na Família como “uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços e as interações entre clientes, família, médicos e outros profissionais de cuidados de saúde”. Esta realça a importância da aliança entre profissionais de saúde e família para a evolução da qualidade e segurança dos cuidados, em que a criança aparece enquanto membro efetivo do sistema familiar. Os seus conceitos centrais são a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2011). Hockenberry e Wilson (2014) reforçam também a promoção da capacitação e *empowerment*. Os profissionais de Enfermagem devem ser capazes de capacitar as famílias a cuidar das suas crianças, promovendo a criação de oportunidades de aprendizagem, de modo a que possam desenvolver as capacidades já existentes mas também novas estratégias e capacidades para lidar com as situações. Com a promoção do *empowerment* há o reconhecimento de que a pessoa tem o direito à sua autonomia, sendo esta responsável pelo seu projeto de vida e de saúde, neste caso proporcionando às famílias o controlo sobre as mudanças positivas que podem advir da sua participação nos cuidados em parceria com a equipa de saúde, dando importância às suas especificidades e preferências.

Com base nos Cuidados Centrados na Família, é proporcionada uma diminuição da tensão e stress emocional, sendo minimizados os efeitos negativos da hospitalização, maximizando os seus benefícios, garantindo o planeamento e a preparação para a alta e otimizando o conforto e apoio à criança/família (Hockenberry & Wilson, 2014).

Numa situação de crise, como se verifica durante a doença e hospitalização, enfermeiros e pais devem trabalhar em parceria para atingir um objetivo comum: a satisfação de todas as necessidades da criança. É em 1988 que surge a primeira publicação do Modelo de Anne Casey, face ao reconhecimento de que o cuidado era apenas centrado na doença e no seu tratamento. Incapaz de encontrar um modelo que refletisse a sua filosofia e na necessidade de clarificar, descrever a natureza e objetivos da Enfermagem Pediátrica, evolui para a filosofia dos Cuidados Centrados na Família, que reconhece que se deve sobretudo respeitar e promover a força e competência da família junto da criança. O modelo de parceria de Anne Casey (1995) baseia-se no reconhecimento e no respeito pela perícia da família no cuidado à criança. Na ausência dos pais, é função do enfermeiro manter as rotinas das crianças como os próprios pais o fariam, em vez de os substituir por rotinas hospitalares. Durante a presença dos mesmos deve ser estabelecido um processo de negociação, onde os profissionais forneçam o apoio e os ensinamentos necessários a que os pais possam tomar decisões informadas no processo de cuidado à criança e fazer parte dele. Este modelo permite o crescimento físico, emocional e social da família. Os pais tornam-se parceiros no cuidar, já que a sua presença durante a hospitalização diminui as dificuldades de adaptação da criança e permite manter o vínculo afetivo. Para a real efetivação da parceria de cuidados e capacitação dos pais, a equipa de saúde deve desenvolver competências relacionais, de comunicação, ensino e colaboração com a criança e família, de forma a promover o crescimento saudável de ambos.

Os Cuidados Centrados na Família e a participação dos pais no processo de cuidados durante a situação de doença e hospitalização podem ser complexos e desafiantes, destacando-se a necessidade dos enfermeiros desenvolverem uma maior compreensão da forma como essa experiência é vivida.

1.3 Experiências de doença e hospitalização: Intervenção do enfermeiro na gestão emocional e na gestão de informação

Acolher o cliente constitui a primeira das grandes áreas de intervenção do enfermeiro, quer em contexto hospitalar quer na comunidade (Castro, 2012). Este momento constitui o início de um processo de adaptação para a criança e família, através do qual estes se familiarizam com o ambiente físico e com os profissionais envolvidos, permitindo também a partilha de informações que sustentarão o processo de enfermagem, reconhecendo as necessidades específicas de cada família. Durante o internamento hospitalar esta função adquire ainda maior importância face à situação de doença, devido às fragilidades sentidas pela criança e família face à hospitalização. Assim sendo, o termo *acolhimento* excede a noção de primeiro contacto ou receção, permitindo à família e criança o sentimento de envolvimento na equipa multidisciplinar, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança, e ainda a gestão da emocionalidade vivida. Desta forma, um acolhimento eficaz vai fomentar o sentimento de confiança nos pais, fazendo com que se sintam considerados no processo de hospitalização da criança, e consequentemente que se adaptem com maior facilidade, conduzindo à colaboração mútua (Jorge, 2004).

Geralmente a doença e hospitalização constituem as primeiras crises que as crianças enfrentam (Hockenberry & Wilson, 2014). Durante os primeiros anos de vida, devido ao facto de possuírem poucos mecanismos de *coping* para gerir o stress, e por este representar uma mudança no estado de saúde e nas suas rotinas, as crianças são particularmente vulneráveis aos episódios de crise emocional. Assim sendo, para os mesmos autores, os principais *stressores* da hospitalização referem-se à separação dos pais e outras pessoas afetivamente significantes, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, a lesão corporal e o medo da morte. As suas respostas a esses *stressores* vão depender de fatores como a idade da criança, experiências anteriores de doença, separação e hospitalização, mecanismos de defesa, gravidade do diagnóstico e sistema de apoio disponível (Hockenberry & Wilson, 2014). A hospitalização representa uma forte ameaça à integridade emocional e psíquica da criança podendo provocar perturbações emocionais. Com o objetivo de minimizar as consequências causadas pela hospitalização torna-se essencial uma abordagem holística e humanizada (Watson,

2002), de forma a compreender as necessidades específicas de cada criança, através da escuta e respeito pelos seus direitos (Neto do Nascimento, 2013).

Mas não só as crianças reagem à situação de crise, que constitui a experiência de hospitalização. Numa complexa rede de interações, o comportamento de um membro da família afeta o dos outros e o da família enquanto sistema (Jorge, 2004). Assim sendo, os pais são também alvo de stress e ansiedade, envoltos em sentimentos como medo, culpa e frustração (Jorge, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014). O medo geralmente está relacionado com a gravidade da doença e os procedimentos invasivos, enquanto a ansiedade pode estar relacionada com a dor e o trauma que a criança poderá experienciar. A frustração e outros sentimentos encontram-se geralmente associados à falta de informação sobre procedimentos e tratamentos, desconhecimento das regras e normas, falta de amabilidade da equipa ou receio em questionar. Face a estes sentimentos, o enfermeiro pode ter uma intervenção fundamental na família, através do esclarecimento de dúvidas, dando a conhecer o que esperar e o que é esperado, incentivando a sua participação e enaltecendo a sua importância em todo o processo de cuidados. Também a depressão dos pais é referida na literatura, relacionada com sentimentos de exaustão (física e mental), encargos financeiros, preocupação com os outros filhos e com o futuro da criança hospitalizada e suas possíveis sequelas (Hockenberry & Wilson, 2014).

A gestão da informação, através da disponibilização da mesma acerca da doença, tratamentos ou respostas da criança face à experiência de hospitalização, é uma das intervenções de enfermagem que visa proporcionar à família maior tranquilidade, capacitando-a para a gestão da emocionalidade. A família, possuindo informação acerca da situação da criança e ao sentir-se familiarizada com o funcionamento do hospital, fica capacitada para diminuir o stress experienciado na admissão ao hospital (Jorge, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma, o enfermeiro pode em muito contribuir para que a experiência da hospitalização se torne menos stressante, minimizando os fatores adversos e potenciando os recursos individuais e estratégias de *coping* para gerir emocionalmente as situações vivenciadas por cada família. Nem sempre comunicar com famílias de crianças hospitalizadas é fácil devido ao seu estado emocional, que por vezes leva a que se tornem inquisidoras e exigentes (Phaneuf, 2005), pelo que é necessária uma postura

de abertura, paciência e compreensão, de modo a que os pais se sintam confortáveis na abordagem e questionamento. Através da gestão da informação e de uma comunicação eficaz, o enfermeiro prepara a família para a alta integrando-a progressivamente nos cuidados à criança, através da aquisição dos conhecimentos e habilidades para que se tornem autónomos. Este processo pode originar grande ansiedade nos pais, face às novas responsabilidades inerentes, pelo que a escuta e compreensão por parte da equipa de saúde são fundamentais para que o possam aceitar com maior serenidade e segurança (Jorge, 2004; Phaneuf, 2005; Hockenberry & Wilson, 2014). É crucial o enfermeiro estar atento à linguagem verbal e não-verbal dos pais, de modo a detetar possíveis sinais que possam revelar barreiras de comunicação. Como já foi referido anteriormente, a família necessita de informação e orientação, e essas mensagens devem ser claras e objetivas, mas também adequadas à sua capacidade de compreensão, permitindo-lhes a participação na tomada de decisão (Jorge, 2004). Como refere Lopes (2006), a gestão da informação é um dos conceitos chave da intervenção terapêutica de enfermagem, tendo em consideração os conhecimentos que o cliente já possui, uma linguagem adequada ao cliente e seu estágio de aceitação da situação.

Subjacente à gestão da informação, é desejável uma atitude solícita e disponível do enfermeiro, interligando-se dessa forma com a importância da gestão emocional. No momento em que enfermeiro e cliente se encontram pela primeira vez, devido aos poucos conhecimentos que detém sobre o mesmo, o enfermeiro é capaz de intuir os seus sentimentos pela experiência adquirida, podendo começar desde logo a geri-los (Lopes, 2006). Face ao que Lopes (2006) denomina “sentimentos expressos”, refletidos em tudo o que o cliente diz e faz (mensagens verbais e não-verbais), o enfermeiro pode atuar através da promoção de confiança, destacando-se a oferta de disponibilidade, e o incentivo da esperança e da capacidade de luta. Assim, através da gestão emocional, o enfermeiro ajuda a família a lidar com os seus sentimentos e emoções, a modificar dos seus estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2015). Esta abordagem constitui o trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica, como componente da prática de enfermagem e instrumento terapêutico imprescindível à qualidade dos cuidados (Mercadier, 2002; Diogo, 2015).

Face à importância das emoções nas reações e motivação das pessoas, e sendo que são elas que dão sentido às experiências (Phaneuf, 2005) e nos conectam aos outros, ao mundo e a nós próprios, o trabalho emocional reveste-se de grande importância no âmbito do Cuidar (Diogo, 2015). O trabalho emocional adaptado à Enfermagem requer uma resposta individualizada às necessidades físicas das pessoas, mas também às suas necessidades emocionais, sendo importante gerir as próprias emoções, para melhor compreender as dos outros (Vilelas, 2013; Diogo, 2015). Assim sendo, este apresenta-se com dupla centralidade, coexistindo um trabalho do enfermeiro na gestão das emoções dos clientes mas também das suas próprias emoções (Smith, 2012; Diogo, 2015), sendo essencial nas interações bem-sucedidas. Também Collière (2003), realça que aprender a perceber as emoções e sentimentos, tanto dos enfermeiros como dos clientes, é fonte incomensurável de saberes. A gestão das emoções faz por isso parte de um cuidar holístico, através do qual os enfermeiros revelam a sua autonomia nos relacionamentos interpessoais. É através das emoções que as crianças e suas famílias se expressam, devendo o enfermeiro geri-las no decorrer de situações críticas como é a da hospitalização, reconhecendo-as, interpretando-as, compreendendo-as e trabalhando com elas. Assim sendo, e com o objetivo de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o Cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional com centralidade nos clientes e nos próprios (Diogo, 2015).

A gestão da informação e a gestão emocional são complementares entre si, de modo que, ao mesmo tempo que se tenta apaziguar a ansiedade e insegurança, se proporciona igualmente que o cliente encontre meios que lhe permita descobrir um sentido para a experiência, sendo destacada a disponibilidade como atitude transversal na consecução desses objetivos (Jorge, 2004; Phaneuf, 2005; Lopes, 2006).

2. PROBLEMÁTICA

A doença e hospitalização são, frequentemente, as primeiras crises que as crianças enfrentam, sendo especialmente vulneráveis ao stress provocado (Hockenberry & Wilson, 2014). A hospitalização de uma criança gera igualmente instabilidade e desequilíbrio acentuado no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise (Jorge, 2004). Decorrentes da acumulação de vários fatores de stress, tais como observar o filho em situação de doença, os procedimentos dolorosos, tratamentos, desgaste emocional e físico e experiências anteriores, podem ocorrer picos emocionalmente intensos, sendo estes causadores de sofrimento (Diogo, 2015). Por outro lado, esse stress origina uma diminuição na capacidade de receber e compreender a informação necessária.

Constatando a importância desta realidade no contexto do cuidar, através das vivências e da partilha entre equipa, assim como da evidência científica, considereei pertinente abordar o problema do *impacto emocional das crianças, dos jovens e da família em situação de doença e hospitalização*.

Numa sociedade em que as novas tecnologias assumem maior domínio, poderá haver a tendência dos profissionais de saúde centrarem o seu modo de agir na qualidade técnica dos seus serviços, descurando a humanização dos cuidados de saúde. Um acolhimento caloroso, sendo o primeiro contacto com a instituição/serviço, pode influenciar positivamente a construção de uma relação de confiança e de ajuda, fundamental no processo de cuidados. Constatando porém, que o acolhimento do cliente pediátrico é por vezes menosprezado em benefício de pormenores de carácter técnico. Frequentemente o tempo é escasso e a abordagem nem sempre é facilitada pelo ambiente dos serviços de saúde.

Com o objetivo de promover o alívio e o bem-estar, influenciando positivamente a experiência de doença e hospitalização, a relação e o cuidar, os enfermeiros utilizam o trabalho emocional nos clientes e nos próprios (Diogo, 2015). Também para Lopes (2006) a intervenção dos enfermeiros deve ser dirigida à gestão dos sentimentos, na qual a gestão de informação é central e imprescindível.

Desta forma, a gestão emocional e a gestão de informação surgem como intervenções de enfermagem interligadas e facilitadoras de um acolhimento humanizado e de todo o processo de cuidados durante a hospitalização.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PRECURSO DE ESTÁGIO – De Enfermeira Generalista a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

O estágio a que se reporta este relatório teve a duração de 18 semanas e, visando o preconizado pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Enfermeiros, teve lugar nos contextos de Cuidados de Saúde Primários (CSP), Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). A escolha dos locais para a realização do estágio foi realizada em consonância com o projeto delineado e com a aprovação da Docente Orientadora, a Professora Doutora Paula Diogo, tendo por base as experiências necessárias para a mobilização das competências essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem. De forma a enriquecer esse percurso, optei igualmente por conhecer e analisar as estratégias utilizadas no âmbito de um projeto de intervenção pioneiro em Portugal, designado Unidade de Cuidados Intensivos de Felicidade, da Terra dos Sonhos (Apêndice I). O seu objetivo é o fornecimento de um conjunto de serviços de saúde emocional e psicológica, através de intervenções com o foco nas emoções positivas, na capacidade de resiliência e esperança, permitindo transformar a vida das crianças e do seu meio envolvente no sentido de um bem-estar psicológico e emocional contínuo no tempo.

No início do estágio foi elaborado um Guia Orientador de Atividades (Apêndice II) como uma estratégia facilitadora para estruturar, delinear e sistematizar o percurso a desenvolver, constituindo a preparação necessária no início de cada experiência. Esse documento, apresentado aos enfermeiros chefes dos serviços e EEESCJ orientadores nos locais de estágio, explana a problemática previamente identificada, o plano de trabalho e método, a explicitação dos objetivos delineados, as atividades definidas, assim como as competências a desenvolver e o cronograma do percurso de estágio. Esse Guia teve por base um processo dinâmico de aprendizagem, tendo sido reformulado em função das necessidades que emergiram da sua aplicação, através da prática reflexiva, sendo a capacidade de negociação essencial nesse processo. Posto isto, os objetivos gerais delineados foram:

- 1) Desenvolver capacidades para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família em diferentes contextos da prática.

- 2) Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional e de gestão de informação como intervenções de enfermagem facilitadoras de um acolhimento humanizado na relação com o cliente pediátrico.

3.1 Objetivos específicos e atividades

Seguidamente são apresentados os objetivos específicos delineados, sendo posteriormente descritas as atividades desenvolvidas e as competências concludentemente adquiridas:

- 3) Desenvolver capacidades de comunicação com o cliente pediátrico nos vários estádios de desenvolvimento.
- 4) Desenvolver práticas de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.
- 5) Analisar as práticas de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família numa diversidade de contextos.
- 6) Identificar as necessidades emocionais e de informação da criança, jovem e família no acolhimento face à situação de doença e hospitalização.
- 7) Desenvolver estratégias de gestão emocional e de gestão da informação na interação com o cliente pediátrico nos vários contextos.
- 8) Analisar os fatores emocionais que interferem na experiência de ser Pais de Recém-nascidos Pré-Termo (RNPT) hospitalizados.
- 9) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do desenvolvimento de estratégias de gestão emocional e gestão da informação dos pais de RNPT.
- 10) Otimizar práticas de enfermagem que promovam a gestão emocional e a gestão de informação dos pais de RNPT.

Objetivo Específico 1) Desenvolver capacidades de comunicação com o cliente pediátrico nos vários estádios de desenvolvimento.

O desenvolvimento de capacidades de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem, e a cada situação de cuidados, é essencial à prática de Cuidados Centrados na Família, de grande importância para o estabelecimento de uma relação empática e de confiança. Segundo a OE (2011, p.4), “o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Saúde da Criança e

do Jovem, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e nos **processos comunicacionais** que lhe estão subjacentes (...)”.

Comunicar adequadamente com a família é envolvê-la no seu plano de cuidados, capacitá-la, negociar o que mais se adequa às suas necessidades, visando o seu *empowerment* numa perspetiva de maior participação e parceria de cuidados. Por sua vez, a criança e o jovem constituem uma fonte valiosa de informação, quer seja de forma verbal como não-verbal, sendo que a observação do enfermeiro tanto do seu comportamento como da relação estabelecida com os pais é de extrema importância, sendo fulcral integrá-los no processo de comunicação. Esta visão holística permite ao enfermeiro adequar a sua prestação de cuidados às necessidades da criança, jovem e família, humanizando desta forma o Cuidar (Watson, 2002). Na globalidade dos contextos pude constatar que, tal como referem Hockenberry e Wilson (2014), os pais constituem um importante meio para comunicar com as crianças, principalmente as mais novas, transformando-se em colaboradores nos cuidados de saúde quando a criança adquire idade para participar ativamente. Nos diferentes contextos de estágio, tendo em consideração que foram prestados cuidados a criança em diferentes estádios de desenvolvimento e suas famílias, tive a oportunidade de desenvolver uma variedade de estratégias de comunicação. De forma a sistematizar a **observação participante** e identificar as **diferentes estratégias de comunicação** utilizadas pelo EEESCJ na interação com a criança e família, assim como na preparação para procedimentos de enfermagem, foi **elaborado um instrumento de registo** baseado na bibliografia consultada (Apêndice III). A **participação nos cuidados** foi essencial de forma a mobilizar essas mesmas estratégias.

No âmbito do estágio em CSP foi observada a deslocação do enfermeiro à sala de espera para se apresentar, cumprimentar e receber a criança, o jovem e a família, estratégia comunicacional que confere aos pais um sentimento de confiança e valorização pelo profissional que os acolhe. Na consulta de Saúde Infantil, os pais eram encorajados a falar e a expor as suas dúvidas e preocupações através de uma conversa informal, apesar de intencional e estruturada, propícia ao conhecimento mútuo e ao estabelecimento de uma relação empática. O facto de a criança não constituir inicialmente o centro das atenções ajuda a que se sinta mais à vontade

para explorar o meio, sendo diminuída a tensão inicial (Hockenberry & Wilson, 2014). No caso do jovem, esta não se considera a abordagem mais adequada, devendo este ser o foco da interação logo na fase inicial do estabelecimento da comunicação. Em Pediatria, a **comunicação não-verbal** assume especial importância, principalmente na abordagem às crianças, uma vez que “o comportamento não-verbal torna-se um elemento importante da comunicação (...) e pode comunicar intenção, emoções que as palavras não conseguem traduzir” (Phaneuf, 2005, p. 70). Neste contexto, a comunicação não-verbal representa um elemento essencial na relação que se estabelece com o cliente pediátrico, envolvendo a postura e movimentos corporais, os gestos, as expressões faciais, os sons e reações emotivas, a respiração, o silêncio, o olhar, o sorriso, o toque, tudo aquilo que de forma (im)perceptível revela sentimentos e emoções. Frequentemente durante o estágio, o toque e o olhar revelaram-se formas de comunicação através das quais o enfermeiro pôde transmitir tranquilidade e segurança quando as palavras não o conseguiam fazer. Também Hockenberry (2014, p. 127) refere que “na comunicação com as crianças de todas as idades, a componente não-verbal encerra as mensagens mais significativas”. Na interação com os lactentes, a comunicação não-verbal é eleita como a mais importante, passando frequentemente pelo uso do toque e dos sons. Na prática, revelou-se importante a presença constante dos pais, a sua contenção, o seu toque meigo, a sua voz calma e o embalo. Durante o estágio foi possível conhecer melhor as suas manifestações, conferindo especial atenção à sua expressão corporal. Em relação às crianças em idade pré-escolar e escolar, foi essencial durante o estágio a **comunicação clara e simples**, a **explicação** e a **modelagem**. Ao proporcionar que as crianças pudessem contactar com o material, como as fitas de medição do perímetro cefálico, aparelhos de medição de tensão arterial, pensos e seringas, e experimentá-los em bonecos sem qualquer consequência negativa, pude obter a sua confiança e colaboração. A partir do conhecimento de que as crianças em idade pré-escolar fazem leituras diretas e concretas daquilo que ouvem e sentem, sendo incapazes de se abstrair (Hockenberry & Wilson, 2014), as analogias foram evitadas de forma a não provocar más interpretações. Já no caso das crianças em idade escolar as explicações e justificações mais complexas de tudo o que ia fazendo revelaram-se essenciais, devido ao seu melhor domínio da linguagem e capacidade de pensamento concreto.

Ao longo de todo o estágio, foi possível **proporcionar momentos de brincadeira e jogo** que se revelaram fulcrais na comunicação e estabelecimento de uma relação de confiança com as crianças. O **brincar** constitui a linguagem universal da criança. Ao brincar, a criança desperta a sua capacidade de criar e reinventa o mundo, o que ele significa para si. Com o jogo e a brincadeira terapêutica, o enfermeiro pode desmistificar medos e anseios de uma forma mais divertida e compreensível, o que muitas vezes não é conseguido pelas palavras que podem ser demasiado abstratas. Desta forma, o brincar torna-se um meio das crianças alcançarem bem-estar, maior autocontrolo, capacidade de lidar com a situação e consequentemente um meio de construir a relação de confiança (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Com os adolescentes a abordagem revelou-se um pouco mais complexa, relacionada com a sua imprevisibilidade e as suas características próprias tendo em conta o conflito e a oscilação entre ser criança e ser adulto, quanto ao pensamento e comportamento (Hockenberry & Wilson, 2014). Apesar de não ter tido a oportunidade durante o estágio de interagir com adolescentes sem a presença dos pais considero que, em algumas situações, essa estratégia poderia ter sido facilitadora do estabelecimento de uma relação de confiança e consequentemente da expressão de dúvidas e receios. Apesar disso, uma **comunicação clara, aberta e honesta**, igualmente facilitadora da **comunicação expressiva de emoções**, com perguntas direcionadas ao próprio e não aos pais, revelaram-se úteis na comunicação com os adolescentes. O Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que aborda a entrevista ao adolescente (OE, 2010a) foi um recurso muito importante para a minha atuação a este nível, constituindo um elemento de referência na comunicação com o mesmo e nas estratégias a utilizar.

O conhecimento acerca das características dos diferentes estádios de desenvolvimento infantil, a nível do pensamento e compreensão, foi muito orientador na comunicação com crianças e jovens, principalmente na preparação para procedimentos de enfermagem. Segundo Barros (2003, p. 41), “com o objetivo de se adaptar a situações e acontecimentos que está a viver, a criança constrói ideias ou teorias (...) e, em consequência, reage de diferentes maneiras”. Assim sendo, os conceitos de saúde e doença organizam-se numa progressão do concreto para o abstrato, do particular para o geral, do mais rígido para o mais flexível, do percetivo para o racional (Barros, 2003). A **preparação para a realização de procedimentos**,

na qual se destaca a **gestão de informação**, é uma estratégia que visa permitir à criança e aos pais manter alguma sensação de controlo sobre a situação ou estímulo doloroso, sendo que a honestidade adquire uma importância de relevo em crianças em idade escolar e adolescentes. Sem a preparação adequada para experiências e ambientes estranhos, a criança geralmente reage de forma emocionalmente exagerada, com sentimentos de medo e ansiedade intensos, e mais uma vez os conhecimentos acerca dos seus processos cognitivos e emocionais adquirem grande importância. Por exemplo, durante o estágio em CSP pude constatar que o ato de vacinação é muitas vezes encarado como rotineiro e pouco traumático, ou pouco passível de se utilizarem estratégias que minimizem os efeitos emocionais nas crianças. Contrariamente a esta ideia, esse procedimento pode englobar diferentes respostas que devem ser consideradas (físicas, emocionais e comportamentais), tendo consequências para todos os grupos envolvidos. Na idade pré-escolar as crianças sentem a necessidade de controlo, influenciando a sua perceção e reação à dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Sendo que nesta idade específica a **distração** é o método mais eficaz de desviar o foco de atenção da criança da dor, depende dos profissionais promoverem comportamentos tanto nos pais como nos próprios que permitam atenuar as experiências perturbadoras. Além da distração pude observar situações em que se recorreu a estratégias como o **humor**, a **informação** direcionada à criança, e especialmente ao **envolvimento dos pais/familiares** (como incentivá-los a contar até 10 com a criança). É importante porém que os pais sejam questionados acerca do grau desejado de colaboração durante os procedimentos, havendo necessidade de um ajustamento da comunicação estabelecida com diferentes famílias. Estes pressupostos inscrevem-se na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, sendo igualmente ilustrativos da prestação de Cuidados não Traumáticos.

No estágio em contexto de urgência pediátrica, constatei que as questões comunicacionais revestem-se de algumas particularidades. Segundo Opperman e Cassandra (2001), as admissões de urgência são constituídas por desafios, devido às limitações de tempo e aos níveis de stress existentes. Na sala de triagem, onde se dá o primeiro contacto visual com a criança, jovem e família, é essencial um **contacto acolhedor**, transmissor de **confiança** e de **disponibilidade**. Esse ambiente vai permitir que possam expor aberta e confiantemente as suas dúvidas e

preocupações. Pelo que pude observar, uma comunicação mais próxima dos pais é eficaz na gestão da ansiedade, dúvidas e medos demonstrados. Este tipo de comunicação permite dar respostas, evitando possíveis situações de tensão geralmente causadas pela ansiedade e falta de informação, sendo salientada mais uma vez a interrelação entre a **gestão emocional** e a **gestão da informação**. Segundo Jorge (2004), os pais ao acompanharem o filho doente ao hospital apresentam um grau de ansiedade que lhes dificulta a compreensão das informações dadas e, por outro lado, sentem-se incapazes de questionar essas mesmas informações pois sentem-se impotentes perante a celeridade dos acontecimentos. Deste modo, o enfermeiro que presta cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família em situação de urgência, necessita de atender à complexidade que a situação envolve, munindo-se de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais. Assim sendo, revelou-se essencial na globalidade dos estágios, **estratégias de comunicação facilitadoras da expressão das emoções** dos pais relativamente ao estado de saúde dos filhos, através de uma **atitude empática**, de um **ambiente de ajuda mútua** e da **interação** entre as partes envolvidas no processo de cuidados, conferindo aos pais o sentimento de serem parte integrante da equipa de saúde e às crianças a prestação de cuidados não traumáticos e centrados na família.

Hockenberry (2014, p.125) refere que a **escuta** “é a componente mais importante para efetivar a comunicação”, requerendo um processo ativo de atenção a todos os aspetos da conversação, verbal e não-verbal. A escuta requer uma atitude de disponibilidade interior e exterior para receber e compreender as mensagens do Outro. Como refere Phaneuf (2005, p.152), “a escuta constitui o pano de fundo, das atitudes de receptividade e de partilha necessárias à comunicação e à relação de ajuda”. Nesta forma de comunicação inclui-se o uso do **silêncio** que, quando usado criteriosamente, permite à pessoa exprimir as suas preocupações e emoções. As distrações envolventes podem constituir uma barreira à escuta e isso foi evidente no estágio em contexto de urgência. Com a finalidade de minimizar estas barreiras, o enfermeiro procurava um ambiente calmo, que possibilitasse alguma privacidade e que transmitisse serenidade, segurança e confiança tanto aos pais como às crianças, de forma a diminuir a sua ansiedade e assegurar o seu bem-estar. Também o fornecimento de informação excessiva pode constituir um bloqueio

à comunicação (Hockenberry & Wilson, 2014), pelo que esta deve ser **clara, faseada e validada** à medida que a comunicação flui. Barros (2003) reforça a importância dos profissionais de saúde se assegurem que pais e crianças recebam **instruções claras e específicas** sobre o que podem e devem fazer, em que momentos, locais, condições, assim como o que podem esperar de cada profissional. Desta forma, durante os estágios procurei ir ao encontro das necessidades de cada família, utilizando uma **linguagem adequada**, uma **postura calma**, demonstrando **disponibilidade e escuta** ativa das dúvidas, preocupações e receios, tendo em consideração os valores e respeito pelas diferenças culturais.

A comunicação revela-se uma componente fundamental para o estabelecimento da relação enfermeiro/cliente pediátrico. Apesar disso, Lazure (1994, p.97) alerta que “toda a relação de ajuda é comunicação mas que nem toda a comunicação é necessariamente uma relação de ajuda”, uma vez que esta última “visa dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar”. Uma boa preparação em estratégias de comunicação empática e assertiva deve estar subjacente à atuação do EEESCJ, e permitirá compreender e responder adequadamente às necessidades de crianças e famílias em situações de grande tensão, ansiedade e medo, respeitando na íntegra a sua individualidade.

Objetivo Específico 2) Desenvolver práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem

Um dos focos de intervenção do EEESCJ é a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2010b).

Dando resposta à procura da melhoria dos padrões de qualidade, o PNSIJ concedeu em 2013 um novo enfoque às questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, às perturbações emocionais e do comportamento, e aos maus tratos. Neste é igualmente dado relevo à parceria com os pais/adultos de referência, através do reforço da sua capacitação e desenvolvimento da parentalidade, reconhecendo os mesmos como peritos e principais cuidadores das suas crianças e jovens. De forma a atingir este objetivo, foi fundamental o aprofundar de conhecimentos através da **pesquisa bibliográfica** acerca dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem,

com especial enfoque na escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, utilizada no estágio em CSP. A **observação participante** na consulta de Saúde Infantil, através da utilização da escala suprarreferida e da realização de cuidados antecipatórios promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, permitiram consolidar e mobilizar os conhecimentos adquiridos. Para tal, também a elaboração de um **Registo de Observação** da consulta de Saúde Infantil (Apêndice IV), baseado na literatura de referência, revelou-se útil na sistematização do que foi sendo observado e dos principais aspetos a ter em consideração.

Tal como referido e preconizado pela DGS, a escala de avaliação do desenvolvimento psicomotor utilizada foi a escala de *Mary Sheridan* Modificada. Apesar disso, à exceção da EEESCJ, a restante equipa de enfermagem em CSP referiu escassos conhecimentos acerca da mesma e da sua aplicabilidade, utilizando apenas a observação clínica baseada na sua experiência para detetar possíveis desvios do padrão de desenvolvimento. Através da consulta de registos informáticos pude igualmente detetar que frequentemente não era realizado qualquer registo a este nível. Face a esta problemática, e de acordo com a EEESCJ e restante equipa, tive a oportunidade de **realizar uma sessão formativa** (Apêndice V) de forma a colmatar uma das mais importantes responsabilidades dos enfermeiros na vigilância de saúde infantil e juvenil. Nessa sessão formativa foram abordados conteúdos como as fases do desenvolvimento infantil, princípios para a promoção do desenvolvimento da criança, importância do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil e aplicabilidade da escala de avaliação do desenvolvimento infantil de *Mary Sheridan* Modificada. Dessa forma, foi **promovida a sensibilização da equipa de enfermagem**, que salientou importantes contributos da formação para a sua prática e para a futura aquisição de competências. O facto de ter sido reforçado que a avaliação clínica isolada deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento, em contraste com os 70% e 90% utilizando instrumentos de rastreio standardizados (DGS, 2013), teve um grande impacto na equipa. Nessa sessão foi também enfatizada, como estratégia de intervenção, a **parceria com os pais** na promoção do desenvolvimento infantil, ouvir as suas dúvidas, preocupações e valorizá-las, conferindo-lhes a real importância como principais cuidadores. No final da sessão foi apresentado um **instrumento orientador da aplicação da escala** elaborado durante o estágio (Apêndice VI), com

os itens a avaliar, sinais de alarme e atividades promotoras do desenvolvimento, a colocar na mesa do gabinete de consulta, assim como a **organização de uma caixa temática** com o material necessário (Apêndice VII). A elaboração desses instrumentos teve como objetivo dinamizar a equipa, diminuir a ansiedade face ao desconhecimento da utilização da escala e facilitar os procedimentos inerentes, motivando a sua realização na consulta de Saúde Infantil. Finalmente foi ressaltada a importância do EEESCJ da equipa como elemento de referência para o esclarecimento de potenciais dúvidas durante a aplicação da escala. Tal como reforçado no PNSIJ (DGS, 2013, p.59), “torna-se essencial assegurar a formação e uniformização de critérios de avaliação do desenvolvimento psicomotor em CSP, de modo a rentabilizar os recursos, evitando referências desnecessárias a consultas ou centros especializados (...) aproveitando o conhecimento único proporcionado pelos exames regulares de vigilância de Saúde Infantil executados pela equipa”.

O aumento da literacia em saúde e dos conhecimentos necessários ao **desempenho da parentalidade**, através da **promoção de cuidados antecipatórios**, são essenciais na promoção do desenvolvimento das crianças e dos jovens. Os pais, ao serem os primeiros e principais prestadores de cuidados da criança, tornam-se um dos alvos prioritários de intervenção no que diz respeito a mudanças de comportamento para promover o desenvolvimento infantil, sendo que a estimulação do seu **envolvimento, aconselhamento e educação** são fundamentais; intervenções que pode realizar não só durante o estágio em CSP, mais especificamente nas consultas de Saúde Infantil, mas também nos restantes contextos de estágio. A **educação para a saúde** aos pais foi evidenciada através da realização de **ensinos individualizados e em grupo**, através da **entrega e esclarecimento de material informativo** e da existência de **pósteres** educativos nas paredes. Desta forma, o enfermeiro exerce um papel importante na partilha e transmissão de informações relativas à manutenção de um ambiente seguro e estimulante. Tal como o esforço de humanização dos serviços e defesa dos direitos das crianças e famílias, como o acompanhamento permanente pelos pais, as atividades e brinquedos adequados, um ambiente seguro e afetivo, a privacidade através da organização das crianças e jovens pelos diferentes estádios de desenvolvimento, são alguns exemplos da importância de manter um ambiente propício ao harmonioso desenvolvimento infantil.

A **gradual participação nas consultas** de Saúde Infantil, tendo como guias orientadores o PNSIJ e o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem Saúde Infantil e Juvenil sobre desenvolvimento infantil (OE, 2010a), proporcionou a crescente aprendizagem e autonomia na avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança, sendo que realizar o estágio de CSP no início do meu percurso revelou-se uma mais-valia na aquisição dos conhecimentos e habilidades a este nível, essenciais a mobilizar nos contextos de estágio subsequentes. Através do desenvolvimento das suas competências específicas, o EEESCJ encontra-se mais apto para utilizar os seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e implementar intervenções criativas e adequadas a cada situação, indo ao encontro das necessidades da criança e da família.

Objetivo Específico 3) Analisar as práticas de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família numa diversidade de contextos

De forma a atingir este objetivo foi, mais uma vez, essencial a **pesquisa bibliográfica**, nomeadamente com vista à fundamentação teórica acerca das principais patologias das crianças internadas e principais necessidades de cuidados de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos que facilitassem o desenvolvimento das capacidades requeridas em cada contexto. Nas primeiras semanas de estágio em cada contexto clínico, de forma a favorecer a crescente participação na prestação de cuidados de enfermagem, foi realizado o **conhecimento e análise da estrutura física e organizacional** dos serviços, sua **articulação com outras instituições/serviços**, **metodologia de trabalho** desenvolvida e **consulta de protocolos, normas e projetos** em curso. Durante o estágio em internamento de Pediatria, revelou-se importante compreender o seguimento das crianças e jovens, segundo uma abordagem pluridisciplinar nas consultas de subespecialidade. A **participação na consulta de diabetes infantil** foi uma atividade que, embora não se encontrasse prevista no guia orientador de atividades inicial, constituiu fonte de grande enriquecimento profissional, ilustrando o trabalho desenvolvido pelo EEESCJ face à criança e jovem com doença crónica e sua família. As tendências nos cuidados às crianças com doença crónica ou com incapacidade envolvem um foco crescente nos estádios de desenvolvimento, nos cuidados centrados na família, na normalização, na integração e na gestão dos

cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014). Paralelamente, no trabalho com as crianças e jovens é realizado um esforço para que a atuação não se centre apenas nas suas dificuldades mas também nas suas forças e potencialidades, apoiando-as na sua adaptação e na manutenção do máximo de normalidade, sendo esta uma das mais importantes intervenções do enfermeiro na promoção do *coping* em situação de doença crónica, que pode constatar nesta consulta. Uma das competências do EEESCJ é cuidar da criança, do jovem e família nas situações de especial complexidade (OE, 2010b), sendo uma das suas atuações a promoção da adaptação dos mesmos à doença crónica, oncológica, deficiência e incapacidade. Além da facilitação da criança e família na adoção de estratégias de *coping* para lidar com a doença, revela-se fundamental a articulação entre as redes de suporte, como elo de ligação para uma assistência mais abrangente, visando a sua integração na comunidade. Numa das consultas foi evidente a estreita articulação com o meio escolar em que a criança estava inserida, e o apoio que este conseguia providenciar na manutenção do estilo de vida adequado e da gestão terapêutica. Através do contacto com os pais destas crianças, pode constatar que a família vivencia uma variedade de sentimentos com os quais frequentemente não sabe lidar, como a tristeza, a revolta, a negação, a culpa. Neste âmbito, o EEESCJ encontra-se mais capacitado para atuar através de uma variedade de estratégias e conhecimentos, com foco em aspetos como a emocionalidade e a importância da aceitação e gestão no estabelecimento de uma relação terapêutica.

Quanto às metodologias de trabalho, o **método individual** foi o mais observado, através do qual são prestados cuidados na sua globalidade, numa abordagem holística. Com a utilização deste método na organização do trabalho, verificou-se uma preocupação pela continuidade e qualidade dos cuidados, facilitador de um maior conhecimento acerca da díade criança/família e consequentemente do desenvolvimento de uma relação de empatia e confiança. No estágio de CSP foi evidente a importância do **método do enfermeiro de família**, integrado numa equipa multiprofissional. Através deste, o enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde globais a famílias, em todas as fases da vida e contextos da comunidade (Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de Agosto, 2014). Este método facilita a relação de confiança e familiaridade entre enfermeiro e família, de forma que o profissional de saúde se torne seu "advogado"

e conselheiro. No contexto de estágio da UCIN, evidencio a organização dos cuidados por **enfermeiro de referência**, respeitando também este o conceito de cuidados individualizados, no qual o enfermeiro é o responsável pelos cuidados prestados aos seus clientes durante todo o internamento, sendo o seu principal objetivo o cuidado humanizado, como defendido por Watson (2002). Este método, previsto pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, é promotor da comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar e do desenvolvimento de relações de confiança, uma vez que pressupõe que haja um menor número de intervenientes no processo de cuidados, facilitando o trabalho em parceria com os pais, e concedendo maior espaço ao afeto, ao sentimento de segurança, de apoio e confiança, dimensões essenciais no processo de cuidar humanizado.

A **articulação observada dos serviços com outras instituições/serviços** foi representativa de meios de comunicação visando a continuidade e a melhoria dos cuidados prestados à criança e à família. Esta colaboração interinstitucional baseia-se na uniformização da circulação sistemática de informação, na complementaridade e na conjugação de esforços dos profissionais envolvidos. Assim, recorrendo a uma linguagem e instrumentos de registo comuns e a uma rede de comunicação eficaz, a criança e família tornam-se o centro de toda a intervenção.

Em todos os contextos de estágio sobressaiu a prestação de cuidados humanizados e centrados na família, assim como a promoção de cuidados não traumáticos, respeitando os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada e implicando, entre outros aspetos, a adequação das intervenções de enfermagem na resposta às necessidades da criança e família, apoiando e facilitando a identificação de mecanismos e estratégias de *coping* e visando diminuir o sofrimento e ansiedade de todos os intervenientes. A criança e a família foram encaradas como parceiros nos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades e sendo-lhes restituído o poder de decisão e participação. Nos diferentes contextos de estágio pude **participar ativamente na avaliação das situações**, na **elaboração do plano de cuidados** em função dos problemas identificados, na **prestação de cuidados de enfermagem**, **realização de cuidados antecipatórios** e **encaminhamento** das crianças, dos jovens e famílias. Desta forma, pude desenvolver **competências técnicas** e também **relacionais e**

comunicacionais, tendo em consideração de que a minha própria experiência profissional na área pediátrica foi facilitadora da participação ativa nos cuidados, o que foi bastante positivo. Finalmente, a **elaboração de diários de campo** (Apêndice VIII) mobilizando a reflexão sobre a prática de situações significativas, foi essencial no final de cada estágio visando a reflexão sobre a prática desenvolvida e consequentemente aprender e evoluir através da mesma.

Objetivo Específico 4) Identificar as necessidades emocionais e de informação da criança, jovem e família no acolhimento face à situação de doença e hospitalização

De forma a atingir este objetivo, recorri à elaboração de uma **Grelha de registo de observação** das emoções/sentimentos/reações/comportamentos, *stressores* face à hospitalização, mecanismos de *coping* e intervenções de enfermagem inerentes (Apêndice IX), visando orientar e sistematizar a **observação participante** na prestação de cuidados e proceder à posterior análise.

No estágio em contexto de internamento de pediatria, almejando uma dinâmica de progressiva participação nos cuidados na interação com o cliente pediátrico, foi possível identificar um conjunto de *stressores* experienciados pelos vários intervenientes. Em relação à família, os principais *stressores* identificados foram a **dor e sofrimento** da criança relacionados com a doença e os procedimentos, a **falta de informação/incompreensão** sobre a situação, a **ameaça de agravamento do estado da criança**, a **alteração do papel parental** e o **ambiente, material e profissionais desconhecidos** em torno da criança. As reações dos pais à doença do filho dependem de alguns fatores tais como a gravidade da doença, experiência anterior com doença/hospitalização, procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e tratamento, sistemas de apoio disponíveis, mecanismos de *coping*, crenças religiosas e culturais e modelos de comunicação entre os membros da família (Jorge, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014). Estes potenciam a experiência emocional da família e, tal como referido por vários autores (Jorge, 2004; Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014), pude constatar que o **desespero, revolta, tristeza preocupação, culpa, medo, ansiedade e frustração** são os sentimentos mais comumente expressos pelos pais, que vivem uma situação de desequilíbrio emocional. Face a

esses sentimentos, o enfermeiro pode ter uma intervenção fundamental na família, através do esclarecimento de dúvidas, dando a conhecer o que esperar e o que é esperado, incentivando a sua participação nos cuidados, contribuindo para que a experiência da hospitalização se torne menos stressante, minimizando os fatores adversos e potenciando os recursos individuais e estratégias de *coping* de cada família. Em relação às estratégias de *coping* dos pais, pude observar que as mais utilizadas foram a **procura de informação** sobre a doença e estado da criança, o **suporte de familiares, amigos e outros pais** de crianças hospitalizadas, o **suporte espiritual e religioso**, a manutenção da **esperança** e o **acompanhamento e participação nos cuidados**. Várias foram as situações em que as estratégias de *coping* da criança e família se revelaram ineficazes, necessitando de **apoio emocional** e de **informação adequada** de forma a enfrentar a situação de crise vivenciada. A relação empática e de confiança estabelecida através da comunicação verbal e não-verbal, o incentivo à participação da criança e do jovem em atividades recreativas, a escuta ativa, a orientação, encorajamento, conforto e a facilitação da permanência e colaboração de amigos e familiares, foram algumas das intervenções utilizadas para superar as dificuldades dos pais, embora que ainda pouco visíveis nos registos de enfermagem mas patentes na prática observada. Assim sendo, e através da interação vivenciada, a necessidade de **informação e comunicação**, de manter a **proximidade da criança**, de manutenção do seu **papel parental**, de **suporte emocional**, foram algumas das **necessidades emocionais** dos pais identificadas face à situação de doença e hospitalização dos filhos. Mundy (2010) no seu estudo, concluiu que a informação e suporte emocional foram as principais necessidades referidas pelos pais. No mesmo estudo, refere ainda que no momento da admissão foi evidenciada a necessidade de sentir esperança e confiança.

Corroborando o descrito anteriormente, saliento em seguida alguns dos temas emergentes da análise à **entrevista semiestruturada** (Apêndice X) realizada a alguns EEESCJ nos diferentes contextos de estágio, com enfoque nas necessidades do cliente pediátrico durante o acolhimento nos serviços. Para os enfermeiros, as principais necessidades dos pais durante o acolhimento são as relacionadas com a **informação** relativa à duração do internamento, possibilidade de acompanhamento e permanência de um familiar com a criança ou jovem e possíveis complicações da doença. O foco na doença e o cansaço dos pais durante todo o processo de

cuidados, interferem com o seu estado emocional e mais uma vez o **apoio emocional** torna-se essencial, sendo que uma das dificuldades referidas pelos profissionais consiste em lidar com a ansiedade e com as diferentes respostas emocionais das famílias. Um dos objetivos no acolhimento direciona-se à **diminuição da ansiedade** e no estabelecimento de uma **relação empática**, de **proximidade** e de **confiança**. A falta de disponibilidade, as interrupções e o cansaço, relacionadas principalmente com a falta de recursos humanos, são sentidas como potencialmente comprometedoras deste vínculo a ser estabelecido.

A hospitalização da criança e do jovem afasta-os das suas referências como o seu meio familiar, amigos, escola e objetos pessoais, causando impacto sobre o seu estado psicológico. Apesar de variáveis segundo o estágio de desenvolvimento, experiências anteriores, mecanismos de defesa, gravidade do diagnóstico e sistema de apoio disponível (Barros, 2003; Hockenberry & Barrera, 2014), os principais **stressores** das crianças e jovens em situação de doença e hospitalização que identifiquei no estágio de internamento de pediatria e de urgência coadunam-se com o referido na literatura: o **medo da lesão corporal**, **dor** e **sofrimento** relacionados com a situação de doença e os procedimentos, a **separação** e **afastamento** das figuras de referências, a **perda de controlo** pela alteração das rotinas e o **ambiente**, **material** e **pessoas desconhecidas**. Oferecer a oportunidade para que a criança e o jovem se possam expressar, fará do hospital um ambiente menos agressivo, assim como a estimulação da presença e participação parental, manutenção das rotinas, minimizar a perda de controlo e autonomia, e promover atividades lúdicas adequadas ao estágio de desenvolvimento, ou seja, através da promoção de cuidados não traumáticos, consignados na Convenção dos Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada. Considero que tornar as experiências de doença e hospitalização mais positivas, de forma a que as agressões físicas ou emocionais e a própria dor sejam reduzidas ao mínimo, seja um dos grandes desafios ao EEESCJ, possível de atingir face às competências desenvolvidas.

Objetivo Específico 5) Desenvolver estratégias de gestão emocional e de gestão da informação na interação com o cliente pediátrico

Como refere Diogo (2015, p. 116) “a notícia de internamento da criança ou jovem é habitualmente perturbadora para a família; uma experiência emocional que

envolve a situação de doença associada a muitas emoções relacionadas com a perspectiva do que se vai encontrar no serviço de internamento, um ambiente que tem o potencial de ser inseguro, assustador e não familiar”. Tendo em conta estes pressupostos, considerei importante **identificar e analisar as características** dos serviços **promotoras da humanização** e consequentemente **facilitadoras da gestão emocional** da criança, do jovem e da família, com especial foco no importante marco que é o acolhimento. Através da observação do meio envolvente na globalidade dos contextos de estágio, pude reconhecer características positivas como a **luminosidade natural** dos quartos, as **cores suaves**, as **ilustrações** alusivas à infância nas paredes, **fardas dos profissionais de saúde coloridas** e com **bonecos, suporte informativo** nas paredes com conteúdos na área da Saúde Infantil e uma variedade de **brinquedos** adequados às várias faixas etárias. Mesmo em contexto de urgência, em que a componente técnica pode frequentemente sobressair em relação à componente humana, a preocupação pela manutenção de um ambiente caloroso e adequado a um serviço de pediatria foi visível através das características mencionadas. Desta forma, o ambiente frio e assustador como frequentemente é idealizado o meio hospitalar, principalmente pelas crianças, transforma-se num ambiente onde se possam sentir bem, seguros, acolhidos. A preocupação em agrupar as crianças e os jovens internados de acordo com a sua faixa etária, mantendo o respeito pelas suas características e privacidade, foram igualmente reveladoras da adequação do ambiente dos cuidados prestados.

Tal como defendido pela Carta da Criança Hospitalizada, a **permanência dos pais/pessoa significativa** revelou-se essencial na promoção do sentimento de segurança das crianças e dos jovens, assim como na gestão da ansiedade dos pais. De igual modo, a **postura calma e afetuosa** dos profissionais de saúde, o **acolhimento** transmissor de **segurança e disponibilidade** e as manifestações de **afeto** nos atos de cuidar (sorriso, voz e toque suave, olhar meigo), foram importantes estratégias humanizadoras dos cuidados e de gestão emocional, pois tal como refere Diogo (2015, p. 116) “um ambiente seguro e afectuoso implica elementos e mensagem humano-afectivas nas interacções (...)”. Este **dar de Si ao Outro**, transmitindo mensagens de carinho e amor é característico dos serviços de pediatria e na interação com crianças, uma vez que também elas apelam a esses

sentimentos e formas de agir, aliviando o sofrimento e intensificando sentimentos de confiança e segurança (Diogo, 2015).

De forma a garantir um acolhimento humanizado e uma assistência personalizada, os **Guias de Acolhimento** revelam-se uma importante estratégia de **gestão de informação** associada à gestão emocional. Neste âmbito são estratégias igualmente importantes tratar a criança e jovem pelo **nome de preferência**, que a **informação** seja **faseada, validada e adequada** a cada situação, a **integração ativa dos pais/acompanhante** de referência no processo de cuidados, manutenção sempre que possível dos **hábitos da criança e jovem** e a valorização das **necessidades socioculturais e religiosas** da criança, do jovem e da família.

No estágio em contexto de urgência, apesar da falta de recursos humanos e a elevada afluência, pude observar algumas estratégias de gestão emocional e de gestão de informação tais como a **explicação sumária dos procedimentos** à criança, jovem e também aos pais, a **preparação previa do material** para os procedimentos, a **presença e suporte parental** através da dádiva de afeto, a **distração** e o uso da **música** visando o relaxamento durante os procedimentos e o **reforço positivo** no final. Devido aos elevados níveis de stress e à tendência para a valorização da componente técnica e curativa neste contexto, foi clara a tentativa de **regulação das emoções dos próprios profissionais** no estabelecimento da relação de confiança, transparecendo a sua preocupação pelo cuidar humano e holístico da criança e da família. Esta regulação das próprias emoções é essencial de forma a proporcionar cuidados de qualidade (Diogo, 2015). Tal como referido por Watson (2002), os enfermeiros não podem ser indiferentes às emoções humanas no seu cuidar, sendo que os enfermeiros peritos conferem uma grande importância às emoções na sua prática (Benner & Wrubel, 1989). Assim sendo, uma postura calma, transmissora de tranquilidade, o controlo sobre as próprias emoções e a empatia pelo Outro, com respeito pelas diferentes respostas emocionais de medo e dor como a agitação e o choro, foram medidas de **autogestão emocional** desenvolvidas.

Durante o estágio em contexto de internamento, foi conferido ao **brincar** um maior relevo, mobilizado nas salas de tratamentos, quartos e salas de atividades, e através do recurso a malas lúdicas com materiais, brinquedos e livros alusivos ao meio hospitalar. Tal como constatado por Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), este é integrado na interação de cuidados em situações potencialmente

perturbadoras ou emocionalmente intensas, como em procedimentos como punções venosas, administração de medicação, realização de pensos e vacinação. Os seus resultados terapêuticos na gestão do estado emocional das crianças são a estabilidade emocional e a adaptação à experiência, transformando-a numa vivência positiva e de crescimento, tal como referido anteriormente.

Aliada à **observação participante** pude, através da **entrevista semiestruturada** aos EEESCJ anteriormente referida, obter contributos sobre as práticas referentes à gestão emocional e gestão da informação do cliente pediátrico. O **acolhimento** foi realçado como etapa essencial na **desmistificação de dúvidas**, do **medo do desconhecido** e na **diminuição da ansiedade**. Tal como referido por Jorge (2004), um acolhimento eficaz fomenta o sentimento de confiança nos pais, fazendo com que se sintam considerados no processo de hospitalização da criança, facilitando a sua adaptação e conduzindo à colaboração mútua. Um primeiro **contacto empático**, a identificação de uma **pessoa de referência**, o uso de uma **comunicação assertiva** atendendo não só à comunicação verbal mas também à não-verbal, uma postura transmissora de **disponibilidade** para o **esclarecimento de dúvidas** e **expressão de emoções**, foram características referidas como essenciais neste processo, visando a **gestão de emoções** interligada com a **gestão da informação**. É como “abrir a porta da nossa casa, dar-nos a conhecer e conhecer o Outro” (SIC). Por outro lado, os EEESCJ salientam como dificuldades sentidas no acolhimento, condicionantes relacionadas com a **dinâmica do serviço**, **interrupções** e **intercorrências** que frequentemente não permitem um acolhimento mais completo e adequado. Como exemplo foram referidas as situações de cirurgia de urgência, em que as orientações e explicações são frequentemente fornecidas *a posteriori* sendo que, tal como referido por Hockenberry e Wilson (2014), essa orientação após o evento pode igualmente ter valor terapêutico para a criança ou jovem. Foram também referidas barreiras emocionais à comunicação como a **ansiedade**, as **preocupações** face à doença, o **medo do desconhecido** e a dificuldade de **lidar com um mau prognóstico**, como o diagnóstico de doença crónica, perturbadoras do estabelecimento de uma comunicação eficaz e da relação de confiança. Apesar dos condicionalismos existentes, os EEESCJ questionados consideram o acolhimento como um **fator facilitador da relação de ajuda**, constituindo um elemento fundamental na sua construção, proporcionando uma

maior compreensão e facilidade na comunicação, representando o primeiro impacto que a diáde tem dos profissionais de saúde. Dessa forma, o acolhimento é igualmente **facilitador da integração e participação dos pais** no processo de cuidados, sendo um momento propício para aliviar as emoções negativas dos mesmos. As emoções e sentimentos de **preocupação, insegurança, culpa, ansiedade, revolta, raiva e medo**, foram os mais frequentemente mencionados pelos EEESCJ, geridos através da postura calma, recetiva aos esclarecimentos de dúvidas, valorizando preocupações, dando informação no momento propício, orientando face ao desempenho do papel parental e do apoio emocional através da demonstração de disponibilidade e da escuta ativa. Finalmente, foi destacada a importância da gestão das emoções dos próprios profissionais para gerir as dos Outros (clientes). Devido ao turbilhão de sentimentos vivenciados, os EEESCJ referiram a importância do fornecimento de uma **informação adaptada e faseada**, prevenindo o risco da mesma não ser totalmente assimilada devido ao estado de ansiedade e preocupação dos pais. Dessa forma, os profissionais consideram a entrega de **informação escrita**, como o Guia de Acolhimento, como uma mais-valia. Pais bem informados e tranquilos vão constituir parte integrante do processo de cuidados à criança e jovem, numa perspetiva de Cuidados Centrados na Família e parceria de cuidados. Na **gestão da informação** fornecida, foi referida a preocupação face à capacidade dos pais ouvirem o que lhes é dito, procurando responder às suas necessidades e ao que procuram saber.

Apesar de se denotar na prática nos diferentes contextos de estágio a preocupação com a gestão emocional e com a gestão da informação do cliente pediátrico, pude constatar através da **consulta de registos informáticos** que os diagnósticos e intervenções de enfermagem formulados não o espelham de forma consistente, não concedendo a devida visibilidade aos cuidados de dimensão emocional.

Durante o estágio em contexto de internamento, tive a oportunidade de **participar e contribuir** para o enriquecimento de um projeto de intervenção em curso com o objetivo de minimizar o impacto negativo da hospitalização e dos procedimentos dolorosos. Neste âmbito, foi realizada uma **sessão de educação para a saúde** para os pais das crianças e jovens internados com o título: *“Procedimentos dolorosos: Como posso aliviar os medos e ansiedade do meu filho?”* (Apêndice XI). Nessa sessão foram abordados temas como a evolução das

características do ambiente hospitalar, consequências da hospitalização, fatores influenciadores da reação da criança e do jovem à crise, estratégias para diminuir os seus medos e ansiedade e finalmente o que esperar no regresso a casa. Considero que este foi um meio privilegiado de **gerir a informação** dos pais, uma vez que facilmente conseguiram perceber como utilizar as estratégias abordadas para ajudar os seus filhos a superar a ansiedade, medo e dor durante a hospitalização, e assim **gerir as suas emoções**. Devido à duração deste estágio apenas foi possível realizar uma sessão, ficando no entanto a apresentação disponível como recurso.

Objetivo Específico 6) Analisar os fatores emocionais que interferem na experiência de ser Pais de Recém-nascidos Pré-Termo (RNPT) hospitalizados

Tornar-se pais de um bebé prematuro é um momento repleto de intensas emoções, muitas vezes confusas e de difícil gestão pelos próprios e pelos profissionais de enfermagem, apesar de representar igualmente uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento de competências parentais (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

No estágio no contexto da UCIN, e tendo em conta o tempo de experiência profissional nesta área, tive oportunidade de melhor compreender algumas das **necessidades emocionais e de informação** que os pais foram capazes de transmitir através da **escuta ativa, comunicação empática** e do estabelecimento de uma **relação de confiança**. De forma a enriquecer esse conhecimento experiencial considerei pertinente, além da **pesquisa bibliográfica**, realizar uma **entrevista semiestruturada ao enfermeiro perito** orientador de estágio (Apêndice XII). Com a realização dessa atividade foram evidenciados alguns dos fatores emocionais que interferem na experiência de ser Pais de RNPT tais como, os sentimentos de **depressão, ansiedade, stress, culpa, medo, angústia, impotência, distanciamento emocional, preocupação**, muitos deles coincidentes com o encontrado na literatura (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Para o enfermeiro perito, outros fatores podem ainda contribuir para um ajustamento ou agravamento desses sentimentos ao longo do internamento, como as estratégias de *coping* mobilizadas, nível educacional e socioeconómico, redes de suporte (comunidade, amigos, família), apoio entre os membros do casal e o seu ajustamento à situação, e também o nível de participação dos pais nos cuidados ao

bebé. De forma a enriquecer esta análise, considerei de grande importância e pertinência a realização de uma atividade adicional, não planeada no guia inicial. Essa constou na realização de uma **entrevista** a uma **mãe de um RNPT** (Apêndice XIII), atualmente voluntária de um Grupo de Pais. Ao ser questionada acerca dos principais fatores emocionais que interferiram na sua experiência de ser mãe de um RNPT, referiu o **sofrimento** de ver o filho indefeso e “a lutar pela vida dentro de uma incubadora ligado a um sem número de aparelhos, pequeno e com aspeto frágil” (SIC), a **incapacidade** de o ajudar e também o sentimento de **frustração e culpa**, ao considerar que tinha falhado no papel de mãe. Ao identificar e compreender as emoções vividas pelos pais, cabe ao enfermeiro ajudar a geri-las. Como referido por Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015), os enfermeiros atuam na regulação das emoções, revelando-se de extrema importância na transformação positiva da experiência emocional. O nascimento de um bebé prematuro poderá ser dos acontecimentos mais difíceis e stressantes que terão de enfrentar ao longo das suas vidas, o que muitas vezes é descrito tanto na literatura como pelos pais como sendo uma “montanha russa” de sentimentos. Assim sendo, tornou-se igualmente importante identificar as intervenções de enfermagem potencialmente transformadoras desse impacto da experiência emocional. Tal como referido pelo enfermeiro perito, na UCIN são mobilizadas estratégias como **ênfatisar as competências** do bebé, **envolver os pais** progressivamente nos cuidados, estimular o **toque precoce**, realização do **Método Canguru**, tirar **fotos do bebé**, enfatizar aos pais a importância da **presença parental** e o **apoio** à decisão de amamentar. Quanto à experiência da mãe mentora do Grupo de Pais, a intervenção de enfermagem numa primeira fase foi sentida como distante, mais focada nos cuidados técnicos ao bebé e à sua sobrevivência. Posteriormente, refere ter sentido uma maior **disponibilidade e interação** dos profissionais com os pais no sentido de estimular a sua presença e de os ajudar a “sentirem-se realmente Pais” (SIC). A partir desse momento, intervenções como o incentivo ao **toque** e à **participação nos cuidados** ao bebé, como a troca da fralda e o banho, **incentivo** à extração de leite materno e um **maior esclarecimento** acerca do estado do filho, permitiram atenuar gradualmente o sofrimento e a ansiedade sentidos. As estratégias referidas por ambos enquadram-se na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, impulsionadora do desenvolvimento de competências parentais, vinculação e uma

comunicação eficaz, tal como referido por Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014). Também Mok e Leung (2008) no seu estudo descritivo, com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem consideradas mais importantes pelas mães na UCIN, realçaram o suporte de **comunicação e informação**.

Objetivo Específico 7) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do desenvolvimento de estratégias de gestão emocional e gestão da informação dos pais de RNPT

Objetivo Específico 8) Otimizar práticas de enfermagem que promovam a gestão emocional e a gestão de informação dos pais de RNPT

Uma vez intimamente relacionados estes dois objetivos serão abordados simultaneamente. De forma a sensibilizar a equipa de enfermagem da UCIN para a importância do desenvolvimento de estratégias de gestão emocional e gestão da informação dos pais de RNPT, e com a limitação do tempo de estágio, a minha proposta focou-se na realização de uma **sessão de formação em serviço** de modo a **promover a operacionalização mais sistematizada do Método de Canguru** (Apêndice XIV). Face à crescente evidência científica produzida neste âmbito, reveladora de inúmeros benefícios para os pais e para o bebé (Ludington-Hoe, 2011), e à falta de uniformização na realização desta prática, nesta sessão foram reforçados alguns factos da evidência científica, sua evolução histórica e atitudes e responsabilidades do enfermeiro na sua operacionalização. No final foi sugerida a elaboração futura de um protocolo de procedimento e definição de critérios de inclusão de forma a uniformizar a atuação de toda a equipa, sendo dessa forma impulsionada a discussão acerca da melhoria desta prática de cuidados, dando ênfase a uma intervenção de enfermagem de gestão emocional dos pais de RNPT. Tal como referido na literatura (Ludington-Hoe, 2011), alguns dos principais constrangimentos à realização do Método Canguru prendem-se com a dependência da decisão médica, falta de protocolos de atuação e receio de instabilidade fisiológica e stress dos RNPT. Foram assim desmistificados alguns mitos com base na evidência científica e feita a proposta do protocolo de procedimento, essenciais para a superação dos constrangimentos referidos.

Face ao objetivo específico de otimizar práticas de enfermagem promotoras da gestão emocional e da gestão de informação dos pais de RNPT, foram elaboradas

propostas de dois instrumentos que visassem uniformizar a atuação dos enfermeiros e apoiar os pais a ultrapassar a desafiante e emocionalmente intensa fase das suas vidas face a um nascimento prematuro. Com o objetivo de ir ao encontro das necessidades emocionais e de informação identificadas e da análise dos fatores emocionais que interferem na experiência de ser Pais de RNPT hospitalizados, foi elaborada a proposta de um **Guia de Acolhimento** no contexto de estágio da UCIN (Apêndice XV), uma vez que o já existente se revelava demasiado generalista, visando todos os serviços de Pediatria e por isso não contemplando as especificidades de uma UCIN, e também a proposta de uma **norma de procedimentos** visando a articulação entre a UCIN e o serviço de Obstetrícia (Apêndice XVI). A sua fundamentação baseou-se na **pesquisa bibliográfica** sobre a gestão emocional e de informação aos pais, na **reflexão sobre os dados obtidos** nas entrevistas previamente realizadas a enfermeiros peritos sobre as práticas de cuidados nos diferentes contextos de estágio, e também na **reflexão sobre minha própria experiência** profissional. Apoiar e esclarecer os pais a compreenderem o desenvolvimento do seu bebé prematuro, preparando-os para o seu bebé real, para o aparato tecnológico da UCIN, para os desafios da prematuridade, e ao mesmo tempo estimulando a sua vinculação precoce e promovendo o seu envolvimento nos cuidados de forma progressiva, com autonomia e segurança, são alguns dos objetivos dos documentos elaborados. A evidência científica tem comprovado que a separação emocional que acompanha a separação física de mães e crianças interfere com o processo normal de vinculação, que pode prejudicar seriamente a capacidade parental (Hockenberry & Wilson, 2014). Cabe ao enfermeiro, através de uma parceria de cuidados, intervir na promoção da vinculação entre os pais e o bebé de forma a diminuir a ansiedade e potenciar o crescimento e desenvolvimento saudável e equilibrado, tanto a nível psicológico, social e espiritual do RN (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014). A informação, esclarecimento de dúvidas e suporte emocional, a possibilidade de visitar previamente a UCIN e visualizar crianças prematuras (ou a visualização de um álbum de fotografias) permitem, segundo Karst (2004), imaginar o bebé e reduzir o impacto do contacto inicial com o ambiente tecnológico, gerando sentimentos de confiança e tranquilidade. Esta preparação e conhecimento prévios permitem aos pais a desmistificação de significações negativas, facilitando o progressivo

envolvimento nos cuidados ao seu filho. Também Hockenberry & Wilson (2014) reforçam esta ideia, referindo que antes da primeira visita o enfermeiro deve preparar os pais para a aparência da sua criança, o equipamento a que está ligada e o ambiente geral da unidade, pelo que um livro de fotografias ou panfletos a descrever a UCIN providenciam uma apresentação não ameaçadora da mesma. Assim sendo, a proposta da norma de procedimentos definindo a articulação entre a UCIN e o serviço de Obstetrícia visa nomeadamente a realização de uma primeira visita dos pais à UCIN prévia ao nascimento do bebé, contemplando o acompanhamento pelo enfermeiro e o esclarecimento de dúvidas que possam surgir, estratégias facilitadoras do estabelecimento precoce do processo de vinculação. O Guia de Acolhimento vem colmatar a necessidade dos pais de informação escrita a que possam recorrer sempre que necessário, indispensável na gestão da informação aliada à gestão emocional dos mesmos. À semelhança de contextos de estágio anteriores, constatei que na UCIN a gestão emocional é ainda pouco visível nos registos de enfermagem. No padrão documental encontram-se parametrizados alguns diagnósticos do processo de enfermagem em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) que contemplam a dimensão emocional, tais como: *Stress do prestador de cuidados; Risco de vinculação alterada; Risco de paternidade alterada; Papel parental perturbado ou não adequado, Trabalho de luto difícil e Dignificação da morte*. Estas espelham as dificuldades com que muitos pais se confrontam durante o internamento do filho na UCIN. Face a esses diagnósticos as **intervenções de enfermagem identificadas** foram: *Orientar os pais para grupos de suporte/ Assistir o prestador de cuidados no estabelecimento de objetivos da prestação de cuidados/ Apoiar os pais na tomada de decisão/ Elogiar o envolvimento dos pais/ Assistir os pais no processo de luto/ Facilitar serviços religiosos/ Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil/ Identificar crenças erróneas/ Executar protocolo de articulação com o puerpério/ Promover os papéis parentais/ Incentivar o envolvimento da família/ Ensinar, Instruir e treinar os pais sobre o Método Canguru/ Encorajar a comunicação expressiva de emoções/ Promover a ligação mãe-filho e Assistir na aceitação da crise*. Estas são algumas das intervenções que permitem aos enfermeiros gerirem as emoções dos pais, quer seja através de uma comunicação empática e de confiança, através da disponibilidade para expressão de emoções, da promoção da esperança realista

através da informação faseada e adequada, quer através da identificação de estratégias de *coping* adequadas para lidar com sentimentos experienciados como o sofrimento, a ansiedade, a raiva e a culpa. À semelhança do referido anteriormente, a comunicação verbal e não-verbal é fundamental no estabelecimento da relação de confiança com os pais, de forma a conseguirem superar o medo do desconhecido e cuidar do RNPT (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014). O Grupo de Apoio a pais consiste num apoio emocional de extrema importância. Na UCIN são proporcionadas com regularidade sessões de partilha mútua no próprio serviço com os pais das crianças hospitalizadas, conduzidas por pais mentores que tiveram também os seus filhos internados. Estes são momentos de partilha de experiências, esclarecimento de dúvidas, sendo um espaço para expressar e gerir emoções. Esta promoção da comunicação expressiva de emoções, assim como da esperança realista constituem passos importantes para a construção de novas estratégias para lidar com a situação vivenciada, aumentar a autoconfiança e segurança, e o sentimento de que os pais não estão sozinhos no processo de cuidados do seu filho.

3.2 Competências adquiridas

De forma a assegurar uma prestação de cuidados de qualidade, o EEESCJ distingue-se pelo “ desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz” (OE, 2011, p.5). O percurso desenvolvido durante o período de estágio em muito contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, tanto comuns como específicas na área da Saúde da Criança e do Jovem. A par da prestação direta de cuidados foi elementar o desenvolvimento de **competências relacionais e comunicacionais** com o cliente pediátrico, ao traduzirem-se no alicerce onde assentam os cuidados.

No âmbito do estágio em contexto de CSP, mais especificamente através da participação nas consultas de Saúde Infantil e Pediatria, realização das **atividades propostas** e **cuidados antecipatórios** às famílias, contribuíram para que implementasse e gerisse um plano de saúde **promotor da parentalidade**, desempenhasse a **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do**

jovem (sala de vacinação), providenciasse **cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde** e principalmente que promovesse o **crescimento e desenvolvimento, vinculação e comunicação com a criança, jovem e família** de forma apropriada. Ainda neste contexto de estágio, ao promover a formação dos elementos de enfermagem numa área na qual referiam lacunas e visando uma melhoria dos cuidados prestados às crianças, aos jovens e às famílias, utilizando para isso a evidência científica disponível numa perspectiva de enfermagem avançada, considero ter desenvolvido o domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados** e do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**.

Durante o estágio no contexto de urgência pediátrica, considero que investi essencialmente nos **processos de cuidados à criança, ao jovem e à família em situações complexas, situações de doença, de mau prognóstico**, mas também mobilizando as respostas adequadas às necessidades do seu **crescimento e desenvolvimento** visando a **maximização da sua saúde**. Posto isto, neste contexto pude principalmente desenvolver conhecimentos e habilidades no **diagnóstico e intervenção nas doenças comuns** e nas **situações de risco, reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte** e prestar os cuidados adequados, realizar a **gestão diferenciada da dor e bem-estar** e **comunicar com o cliente pediátrico** de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura. O stress e a dinâmica do serviço, que frequentemente causaram sentimentos de impotência e frustração, tanto em mim como nos próprios profissionais por ambicionarmos mais dos cuidados prestados, foram promotores de uma reflexão crítica sobre as práticas, provocando o questionamento e consequente aprendizagem. Acredito que a colaboração enquanto alunos de um curso de especialização possa ser também ela catalisadora de mudança de atitudes e da ambição dos profissionais em prestar cada vez melhores cuidados, quando muitas vezes já se encontram resignados a uma rotina com a qual não se sentem confortáveis. No âmbito da **assistência à criança e jovem com a família na maximização da sua saúde** e no **cuidado nas situações de especial complexidade** foi possível prestar cuidados em **parceria**, visando a **promoção da parentalidade**, no âmbito do estágio em internamento de pediatria. Através da observação participativa, na colaboração direta com o EEESCJ, pude desenvolver

competências no âmbito da **prestação de cuidados à criança doente**, intervindo em doenças comuns e situações de risco, assim como na **identificação e mobilização de recursos de suporte** tanto à criança, ao jovem e à sua família, através da identificação de *stressores* face à situação de doença e hospitalização, mecanismos de *coping* e planeamento de intervenções de enfermagem adequadas. Para tal, foi essencial o estabelecimento de uma **comunicação empática**, de uma **relação de confiança** e de um trabalho em **parceria**. Ao identificar as necessidades emocionais da criança, jovem e família, face à situação de doença e hospitalização, foram criadas as condições ideais para o **desenvolvimento de estratégias de gestão emocional e gestão da informação**. A sessão de educação para a saúde aos pais englobou uma pesquisa direccionada à gestão do bem-estar da criança e jovem, recorrendo ao **conhecimento de terapias de enfermagem complementares** e suportadas pela evidência, e permitiu **promover a participação parental** nos cuidados visando a adoção de comportamentos potencializadores de saúde. Ao poder participar na consulta de diabetes infantil foi possível adquirir conhecimentos acerca da **promoção da adaptação da criança, do jovem e da família à doença crónica**, no **diagnóstico de necessidades especiais**, adoção de estratégias de *coping* e de **adaptação e adequação do suporte familiar e comunitário**, o que também constituiu uma mais-valia neste contexto. As **estratégias de comunicação** foram amplamente colocadas em prática dada a diversidade dos estádios de desenvolvimento das crianças e jovens internados, visando a **prestação de cuidados específicos** em resposta às **necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento**. Os **instrumentos elaborados** para sistematizar a **observação participativa** e a **colaboração ativa nos cuidados prestados**, foram metodologias que me permitiram apropriar das aprendizagens efetuadas na consecução dos objetivos delineados e das competências a desenvolver. Mas não somente as atividades de ação formativas foram facilitadoras da aquisição de competências, mas também as atividades reflexivas, como a elaboração de **diários de campo** e a **participação em encontros de enfermagem** que, ao permitirem uma análise reflexiva sobre as práticas e o seu confronto com a evidência científica, foram promotoras de introspeção, de crítica e de consequente mudança. A participação no 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria e no II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia proporcionaram importantes contributos

de aprendizagem acerca dos temas comuns da OE tais como, o enquadramento conceptual da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, impacto da doença aguda e crónica da criança nos processos familiares, cuidados continuados, vinculação, parentalidade e crescimento e desenvolvimento infantil, através da partilha de experiências e comprovando que, através do conhecimento proveniente da produção e procura pela evidência científica, a atuação do enfermeiro e a sua tomada de decisão pode ser mais fundamentada, respondendo de forma cada vez mais autónoma e com qualidade às necessidades específicas da díade criança/família. Como aspeto facilitador da aquisição de competências ressalvo a disponibilidade, motivação e competência dos profissionais com quem pude interagir, que facilitaram a operacionalização do Guia de Atividades previamente delineado, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e aprendizagens e despoletando a reflexão sobre as práticas.

Em síntese, utilizando um modelo conceptual centrado na criança e família, considero terem sido desenvolvidas de uma forma global, ainda que necessariamente carecidas de maior aprofundamento, as competências de EEESCJ de forma a adequar, a um nível elevado, os cuidados de enfermagem às necessidades de saúde da criança, do jovem e suas famílias: **assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** (OE, 2010b). Sendo que as **competências comuns** do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2010c), considero que tenho agora um vasto caminho a percorrer, essencialmente no que diz respeito a dimensões como a **conceção, gestão e supervisão de cuidados**, e a **responsabilidade na formação e investigação científica** que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem, assim como no desenvolvimento do que a OE refere como **competências acrescidas**.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao EEESJCJ compete prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança, ao jovem e sua família “ (...) numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p. 3).

A elaboração do presente relatório assentou no pensamento de enfermagem construído e elaborado a partir do saber experiencial e pessoal, mas também do saber científico e ético, e na elaboração conceptual e referencial de Enfermagem. O desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica proporcionou a reconstrução do saber e a aprendizagem pela transformação do conhecido, tal como explicitado por Schön (1987).

Evoluindo na construção deste percurso pessoal e profissional, centrando-me no domínio da profissão e nos conceitos orientadores do cuidar em pediatria, e analisando o problema de partida, foi construído um caminho para o futuro com implicações na prática e melhoria dos cuidados.

Em síntese, através de uma metodologia reflexiva e da descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que se pretenderam de crescente diversidade e complexidade, emergiram as competências adquiridas, resultantes da operacionalização dos objetivos propostos no projeto de estágio previamente delineado. Considero que a variedade de experiências proporcionadas nos diferentes contextos de estágio foi facilitadora da aquisição e desenvolvimento dessas competências, o que decerto contribuirá para a melhoria do meu desempenho enquanto profissional, visando a prestação de cuidados de crescente complexidade. Como referido pela OE (2001, p.7), “a qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”. Assim sendo, os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas foram sendo acompanhadas pela reflexão na prática e sobre a prática.

A formação continuada é essencial para o desenvolvimento profissional, incitando à integração do saber, à prática das competências técnicas,

comunicacionais e relacionais. Consciente da importância que o processo formativo contínuo assume na Enfermagem, e dada a vasta área de intervenção do EEESCJ, considero que existe ainda um longo percurso a desenvolver, no sentido do aperfeiçoamento e aquisição de novas competências, através de uma prática reflexiva e baseada na evidência científica, do contacto com diferentes práticas, saberes e realidades, da atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos.

Finda esta etapa posso concluir que foi desenvolvido um percurso formativo com oportunidades de aprendizagem e ganhos significativos em crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, em que muitas vezes se tornou difícil de transcrever para o papel de forma clara e concisa dada a sua riqueza, estando porém confiante que este documento tenha realçado o seu principal sentido.

E porque este percurso foi oriundo de um desejo de evolução e de construção futura de novos projetos, gostaria de realçar a relevância que o trabalho emocional tem conquistado nas minhas práticas e a importância da investigação dos seus contributos nos cuidados de enfermagem, algo em que gostaria de investir, colocando em prática as competências adquiridas.

Na atualidade, a inteligência emocional definida por Goleman (2012, p. 323) como “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas relações”, começa a adquirir um novo foco, compreendendo-se cada vez melhor a sua importância para lidar com a adversidade, e nesse sentido considero que também o trabalho emocional carece de maior consideração face às vantagens que lhe têm sido atribuídas na disciplina de enfermagem. Assim, considero a pertinência para o avanço da profissão para um nível avançado, e consequentemente para o progressivo aumento da qualidade dos cuidados, o investimento na formação na área das emoções em enfermagem e sua divulgação tanto a nível nacional como internacional, conferindo-lhe uma maior definição e relevo na prática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista*, 2ª Edição, Lisboa, Manuais Universitários: Climepsi Editores.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Casey, A. (Dezembro, 1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advance Nursing*, 22 (6), 1058-1062.
- Castro, M. (2012). Enfermeiro acolhe, apoia e encoraja o utente de saúde. *Jornal da Madeira*. Edição Impressa. Acedido a 02/09/2015. Disponível em: <http://impresso.jornaldamadeira.pt/noticia.php?Seccao=14&id=213666#.UHdaqP-VYCc>.
- Collière, M. F. (2003) *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª edição. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43 – 51.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. M. S. (2014). A emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45 – 60.

Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional*. 5ª edição. Lisboa: Temas e Debates.

Gomes, C. G.; Trindade, G. P.; Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, (11), 105-116.

Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 122-187). Loures: Lusociência.

InfoCEDI (2009). *Humanização do Atendimento da Criança nos Serviços de Saúde*. Boletim do Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância do Instituto de Apoio à Criança, 12. Lisboa: IAC. Acedido a 3/09/2015. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/infocedi/infocedi12.pdf>

Institute for Patient and Family-Centered Care (2011). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Karst, L. (2004). Musicoterapia com mães de recém-nascidos internados em UTI neonatal. Universidade Federal de Goiás, Escola e Musica e Artes Cénicas: Goiânia.

Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Lei nº118/2014 de 5 de Agosto (2014). Princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família. Diário da República I Série, Nº 149, (5-08-2014) 4069- 4071.

Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Ludington-Hoe M. S. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*, 30 (5), 357–362. DOI:10.1891/0730-0832.30.5.357.

Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas. Predisposições dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 8, 53-61.

Mok, E. & Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal Of Clinical Nursing*, 15 (6), 726-734.

Mundy, C. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal Of Critical Care*, 19 (2), 156-163. DOI: 10.4037/ajcc2010130.

Neto Do Nascimento, C. (Março, 2013). A criança hospitalizada: influências sociais e emocionais decorrentes da doença e da hospitalização. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Acedido a 3/10/2015. Disponível em: www.eumed.net/rev/cccss/23/crianza-hospitalizada.html.

Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Lisboa: Lusociência.

Ordem dos enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramentos. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Conselho de Enfermagem.

Ordem dos enfermeiros (2010a). Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos da OE, 1 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2010c). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, A.M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.

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

Schön, D. A. (1987). *La formación de profesionales reflexivos, hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Centro de publicaciones del ministério de educacion y ciência, Ediciones Paidós: Barcelona.

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses still Care?* 2ª Edição. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Revista Salutis Scientia*, (5), 42 – 50.

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

Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

APÊNDICES

Apêndice I
Diário de Campo I

Diário de Campo

Observação na Unidade de Cuidados Intensivos de Felicidade (Terra dos Sonhos)

O pressuposto estágio de uma semana na Unidade de Cuidados Intensivos de Felicidade (UCIF) resumiram-se a um dia de visita, devido ao facto de os projetos propostos às Unidades de Saúde aguardarem ainda aprovação para o seu arranque. Apesar desse constrangimento considero que este dia foi uma mais-valia para o conhecimento de um projeto pioneiro em Portugal e das suas potencialidades. O modelo da UCIF assenta em 4 pilares, a **auto-estima**, as **emoções**, a **comunicação positiva** e a **aceitação da mudança** e o seu objetivo é o fornecimento de um conjunto de serviços de saúde emocional e psicológica, através de intervenções e ferramentas com o foco nas emoções positivas, na capacidade de resiliência e esperança, e que permitirão transformar a vida das crianças doentes e do seu meio envolvente, no sentido de um bem-estar psicológico e emocional contínuo no tempo. A UCIF utiliza vários formatos de atuação visando crianças e jovens com doença crónica mas também as suas famílias, escolas, hospitais e empresas, através de programas de intervenção de 6 semanas a 3 meses de duração, *workshops*, palestras, visitas de estudo, oficinas de afetos, campos de férias e até festas de aniversário.

Da visita ao espaço físico da Unidade realço a existência de uma sala azul com nuvens brancas pintadas no teto onde é realizada uma atividade com crianças e jovens, onde estas, após escurecer a sala, devem utilizar uma lanterna para apontar para as nuvens e imaginar o que cada forma lhes suscita. Esta atividade tem como o objetivo estimular a imaginação e criatividade mas também a aceitação da opinião dos outros, na medida em que cada um imagina coisas diferentes, devendo aceitar as ideias do outro. O “T.A.C.”, Túnel Altamente Criativo, despertou também a minha curiosidade. Este encontra-se numa sala branca, onde também podemos encontrar um trono e uma coroa para que as crianças possam ser “reis por um dia”, fomentando a sua auto-estima. No T.A.C. podemos encontrar nuvens penduradas com pensamentos positivos. Antes de entrar no túnel, crianças e jovens escrevem num papel um pensamento negativo, e quando entram devem substituí-lo por uma

nuvem com um pensamento positivo, trabalhando desta forma as emoções positivas. Estas são algumas das atividades proporcionadas pela equipa da UCIF em visitas de estudo de grupos de crianças e jovens, podendo desta forma passar um dia diferente, visitando as suas próprias emoções, pensamentos e partilhas de forma criativa.

No dia da visita à Unidade tive a oportunidade de assistir a um *workshop* requisitado por uma equipa de enfermeiros e médicos do IPO de Lisboa, profissionais de saúde diariamente confrontados com um turbilhão de emoções, tanto dos próprios como dos outros. Em cerca de 2 horas a equipa da UCIF abordou alguns dos seus pilares através de diferentes dinâmicas que passo a descrever. Na primeira, o “Jogo do Monstro”, foi trabalhada a comunicação entre a equipa. No início do jogo os profissionais distribuíam-se no pátio por cruzeiros marcadas no chão, ficando uma livre. Um dos elementos ficava definido como o “Monstro”, colocando uma máscara para o diferenciar. Este representava os medos e as situações difíceis, e o seu objetivo era ocupar o espaço livre no chão deixado pelos outros. Estes, por sua vez, tinham de evitar que tal acontecesse, **comunicando** entre si, sem falar! Foi curioso de observar que a tendência era de fugir do “Monstro”, fazendo com que este ganhasse o seu espaço, atingindo o seu objetivo e ganhando o jogo. No final houve uma partilha de ideias, chegando à conclusão que frequentemente quanto mais difícil se revela a situação com que somos confrontados, mais nos isolamos e fugimos dela, não trabalhando em equipa de forma a superá-la. O tempo revela-se essencial no desenvolvimento do trabalho em equipa face à adversidade, sendo a partilha de ideias e emoções, o apoio entre pares, crucial na resolução e superação de situações complexas com que possivelmente teremos de lidar.

A segunda dinâmica consistia em escrever numa nuvem de papel um pensamento ou situação negativos que os profissionais gostariam de ver resolvidos e colocando-os posteriormente numa caixa fechada. Em seguida passavam a uma outra sala onde se encontravam espalhados vários pensamentos positivos, escolhiam um que lhes fizesse sentido e faziam com ele um avião de papel, atirando-o ao ar e apanhando um outro que guardavam para si. No final cada um leu o seu pensamento positivo para todos ouvirem. Novamente foi proporcionado um espaço para partilha de ideias. Muitas vezes a resposta aos pensamentos negativos está

mesmo ao nosso lado, nas ações e atitudes positivas no nosso dia-a-dia, cuidando e zelando pelos **pensamentos positivos** uns dos outros, e deixando os pensamentos negativos para trás, “fechados numa caixa”. Por vezes um pensamento, um sonho, quando escrito num papel, torna-se um objetivo a alcançar, materializando-se.

A terceira e última dinâmica consistiu em promover a **auto-estima** da equipa de uma forma muito simples. Foram formados dois corredores com os profissionais virados de frente uns para os outros e, um a um, tiveram de passar no meio do corredor enquanto os restantes o elogiavam e aplaudiam entusiasticamente. No final, todos partilharam as emoções positivas que aquele momento lhes havia suscitado, e os sorrisos estampados nas suas caras evidenciava isso mesmo. Como conclusão o grupo de profissionais elogiou a iniciativa, referindo o desejo de um dia repetir a experiência.

Acredito que este *workshop* tenha reforçado os laços afetivos desta equipa, tendo aumentado a sua literacia emocional, e despertado para a importância do trabalho em equipa, da comunicação, dos pensamentos e ações positivas, do reforço da auto-estima entre si. A UCIF fornece desta forma ferramentas que podem ajudar a fortalecer e a ultrapassar as barreiras da vida de forma positiva e construtiva.

Iniciativas como esta revelam a importância crescente que se tem atribuído às emoções e ao trabalho emocional, incorporando conceitos de várias disciplinas.

O conhecimento de nós próprios, das nossas emoções e capacidades de lidar com as mesmas, assim como a percepção da necessidade de o fazer para conseguir ajudar os outros, é também essencial na regulação da disposição emocional e desenvolvimento de competências emocionais (Diogo 2015, Goleman 2006). Assim sendo, a regulação da disposição emocional para cuidar é essencial numa prática em que sofremos oscilações contínuas da nossa sensibilidade afetiva para com os clientes e suas experiências emocionais (Diogo, 2015), e iniciativas com esta podem ser importantes para equipas de saúde diariamente confrontadas com situações de crianças, jovens e suas famílias em situação de hospitalização e doença.

6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria

Neste Encontro, com o título (Novos) Cenários em Pediatria, foi realizada uma abordagem a vários temas da atualidade numa perspectiva transversal e multidisciplinar, visando a reflexão das práticas face às novas realidades com que os profissionais de saúde são confrontados. Visando o bem-estar de crianças, jovens e suas famílias foram apresentadas respostas à luz do atual modelo conceptual inerente à prática de enfermagem dos Cuidados Centrados na Família.

Parceria de cuidados, as novas correntes anti-vacinais, recursos de suporte parental, violência, cuidados paliativos e Era digital com os seus riscos e potencialidades, foram alguns dos temas abordados.

Na Conferência sobre cuidados paliativos pediátricos foi dado realce à necessidade de criação de pontes entre os recursos existentes e a sua comunicação efetiva, eficaz e atempada. Portugal tem ainda um longo percurso a percorrer em relação aos Cuidados Paliativos Pediátricos prestados, tendo sido considerado em 2013, conjuntamente com a Noruega, o país europeu desenvolvido mais atrasado na provisão deste tipo de cuidados, sem atividade reconhecida, segundo a avaliação da International Children's Palliative Care Network (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2013). A falta de organização dos serviços, formação dos profissionais e apoio às famílias, torna urgente o reconhecimento das necessidades que limitam a prestação desse tipo de cuidados de saúde, e torna evidente a prioridade no investimento nesta área no nosso país. A falta de recursos é a principal dificuldade com que os profissionais se têm deparado, principalmente para a prestação de cuidados domiciliários. É de salientar porém a importância dos recentemente grupos formados em Portugal, como o Grupo de Apoio à Pediatria da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), em 2013, e a atuação da Comissão de Cuidados Continuados e Paliativos da Sociedade Portuguesa de Pediatria, assim como dos encontros e jornadas que começam a ser promovidos de forma a constituírem um espaço de partilha e reflexão acerca da importância desta temática e do que poderemos evoluir face à mesma. Apesar de estarmos a assistir a uma grande evolução neste âmbito devido a uma constatação da sua real importância, pude aperceber-me que existem ainda muitos constrangimentos que não permitem o seu dinamismo. A especificidade dos Cuidados Paliativos

Pediátricos é o que os torna tão complexos e desafiantes, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar, centrada na família, humanizada e tecnicamente especializada, para a qual o Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem deve estar desperto e capacitado, “aplicando conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (OE, 2010, p.4).

A violência contra foi igualmente abordada numa perspectiva multidisciplinar, realçando a importância dos enfermeiros, os primeiros a abordar a vítima em situação de urgência nos serviços de saúde, estarmos bem informados e alertados para identificar, sinalizar e intervir em caso de suspeita. Todos os dias somos confrontados com notícias de abusos sexuais de crianças e jovens, e a falta de atuação e denúncia pode causar a perpetuação desse tipo de situação. Infelizmente estes casos têm ainda pouca visibilidade ao serem ocultados devido ao medo e vergonha sentido pela vítima, uma vez que muitas vezes o abusador faz parte da sua família, aquela deveria ter a função de proteger e zelar pela sua integridade física e psicológica. A importância da correta abordagem, do tratamento de lesões, da preservação de vestígios, referência, desenvolvimento de competências de apoio emocional, e igualmente da realização de registos pormenorizados, são intervenções de enfermagem, nas quais a formação contínua é essencial e nas quais o Enfermeiro Especialista pode desempenhar um papel dinamizador. A nível dos Cuidados de Saúde Primários, devido à posição privilegiada em que o enfermeiro se encontra no conhecimento da criança, jovem e família em que estão inseridos, a atenção redobrada a alterações de comportamento podem ser determinantes na detecção e prevenção deste tipo de casos.

Também a violência através da Internet foi enfatizada, através de exemplos como o *ciberbullying* e a pornografia infantil. Apesar disso foi também ilustrado como as novas tecnologias podem trazer benefícios para os cuidados de saúde, usufruindo do seu poder e conveniência ao serem integrados na abordagem à criança e jovem. Desta forma, foi apresentado um programa de intervenção inovador baseado na e-terapia, criado na tentativa de aproximação e continuidade no seguimento de adolescentes obesos, com o qual, através de jogos, conteúdos interactivos e criação de espaços de partilha e reflexão, é aumentada a percepção e responsabilização sobre a sua própria saúde. Apesar da percepção global positiva dos jovens face a

este programa, denotou-se porém uma falta de envolvimento dos pais e restantes profissionais de saúde associado a um baixo nível de literacia digital.

Os pares “peritos” como principais atores na educação para a autogestão da condição crónica foi um tema abordado no âmbito de um projeto desenvolvido por uma Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Jovem, sendo representativo da sua importância como elo de ligação nos serviços de saúde e elemento de referência na reinserção da criança e jovem com doença crónica na comunidade. Desta forma revelou-se evidente o papel fulcral do enfermeiro perito no desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências (Benner, 2001).

Devido aos avanços da investigação médica e tecnológica e o aumento da prevalência da doença crónica e da esperança média de vida, cada vez mais crianças e jovens encontram-se dependentes dos seus cuidadores para responder às suas necessidades especiais de saúde, suscitando a necessidade de cuidados continuados e paliativos (OE, 2011). O objetivo deste modelo de projetos é capacitar crianças e jovens visando a sua autonomia, baseando-se na auto-eficácia, na auto-modelação, autoconfiança e resolução de problemas. Neste projeto o regime de tutoria foi evidenciado como um fator motivador para as crianças e jovens envolvidos, essencial para o seu desenvolvimento e responsabilização.

Finalmente a evidência científica resultante de um estudo qualitativo acerca da natureza da parceria de cuidados num serviço pediátrico, através da observação das práticas de enfermagem e da auscultação das opiniões dos principais atores nos cuidados (família e profissionais), demonstrou contrastes entre discurso e acções dos próprios profissionais. Apesar da evidência acerca da importância da parceria nos cuidados, o processo de pensamento dos enfermeiros nem sempre acompanha a acção, e ainda é constatada uma certa distância da família, assimetrias na relação, indefinição de papéis e fragilidades no processo negocial, como a questão da presença dos pais ou a informação fornecida. Ainda não é concedido aos pais em pleno a sua competência para participar nos cuidados à criança e jovem, reconhecendo que ambos somos possuidores de conhecimento, sendo que nesse reside o poder de cada um dos participantes. Esta definição de papéis deve ser

iniciada logo desde o acolhimento, dando a conhecer não só os deveres mas também os direitos da família. A parceria não é fácil de se colocar em prática. Consome de nós, profissionais de saúde, mais energia, mais comprometimento, pressupõe o vínculo com os pais, envolvimento emocional, que nem sempre é fácil de se estabelecer. Nesta perspetiva de cuidados o enfermeiro deve apresentar-se como facilitador e protetor, baseando-se no reconhecimento e do respeito pela perícia da família no cuidado à criança (Casey, 1995).

O desafio de desenvolvimento de novas competências reside no facto de utilizarmos estes conhecimentos, a evidência científica, refletir criticamente sobre os mesmos e aplica-los na prática de cuidados proficientes. Este encontro constituiu assim mais uma oportunidade de desenvolvimento profissional e reflexão sobre as práticas numa perspectiva de aquisição de competências de EEESCJ.

Referências Bibliográficas:

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Casey, A. (Dezembro, 1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advance Nursing*, 22 (6), 1058-1062.

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

Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. 3ª Edição. Espanha: Sábado.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<http://www.apcp.com.pt/associacao/grupo-pediatria-apcp.html>

Apêndice II

Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Sandra Helena das Neves Ferreira Almeida

Docente Orientadora:
Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
Outubro, 2015

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais

ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA.....	69
1. PROBLEMÁTICA.....	70
2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODO	71
2.1 Objetivos gerais:.....	71
2.2 Objetivos específicos e atividades propostas:.....	71
3. CRONOGRAMA.....	80
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

0. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a realização de um Guia Orientador das Atividades de Estágio para cada contexto clínico. A finalidade desta UC é desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e sua família.

O presente Guia decorre de um Projeto de Estágio, previamente delineado e auto-explicitado como contrato pedagógico, e baseou-se nas necessidades e interesses decorrentes da prática clínica e no autodiagnóstico das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). Dessa forma, perspectivando o meu percurso, como principal atriz do meu próprio desenvolvimento, confere-me a segurança necessária para avançar e perseguir os objetivos traçados.

Este Guia apresenta-se como uma forma de estruturar, delinear e sistematizar o percurso durante o ensino clínico. Engloba desta forma, a problemática identificada, o plano de trabalho e método, com a explicitação dos objetivos delineados, as atividades definidas para os atingir e as competências a desenvolver, um cronograma que explanará o percurso delineado e finaliza com breves considerações finais.

1. PROBLEMÁTICA

No decorrer da prática clínica no meu contexto de trabalho (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais - UCINP), foi identificado como problemática a analisar, o impacto emocional das crianças, jovens e família em situação de doença e hospitalização. Face ao mesmo, foi definido como objeto de estudo, a importância da gestão emocional e da gestão de informação, como intervenções de Enfermagem facilitadoras de um acolhimento humanizado.

Durante o internamento podem ocorrer picos emocionalmente intensos, decorrentes da acumulação de vários fatores de stress, como observar o filho em situação de doença, os procedimentos dolorosos, tratamentos, desgaste emocional e físico, experiências anteriores, sendo estes causadores de sofrimento (Diogo, 2015). Uma das importantes e mais diretas atuações dos enfermeiros, face à experiência emocional das crianças, jovens e família, é a sua gestão emocional, ou seja, a modificação dos seus estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2015). Também para Lopes (2006) a intervenção dos enfermeiros deve ser dirigida à gestão dos sentimentos, podendo ser feita através da gestão da expressão dos sentimentos e da gestão dos sentimentos expressos, mas também através da gestão da informação. A preocupação com o acolhimento do utente pediátrico advém do facto de atentar que a noção de acolhimento é, por vezes, ainda identificada como uma dimensão espacial, traduzindo-se apenas numa receção administrativa. Deparo-me por vezes com a falta de informação fornecida à família e na carência do apoio emocional necessário na sua abordagem. Muitas vezes o tempo é escasso, os afazeres muitos e a abordagem nem sempre é facilitada pelo ambiente dos serviços de saúde. O acolhimento, neste contexto, carece de uma ferramenta, que seja um auxílio, que complemente todo o trabalho personalizado do enfermeiro. Um acolhimento caloroso, sendo o primeiro contacto com a instituição/serviço, pode influenciar positivamente na construção de uma relação de confiança e de ajuda. Nesse processo as estratégias de comunicação revestem-se de grande importância, tornando-se na ponte de ligação com o utente pediátrico, e sendo dessa forma essencial para o estabelecimento e desenvolvimento da relação terapêutica.

2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODO

Para a consecução do projeto de estágio foi elaborado um planejamento que se constitui pela definição dos objetivos de aprendizagem, das atividades para os atingir e das competências a desenvolver.

O estágio de prática clínica, visando o preconizado pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Enfermeiros (OE), inclui os contextos de Cuidados de Saúde Primário, Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (UCINP).

Os atuais padrões de qualidade definem um novo paradigma de organização do ensino centrado nos processos de aprendizagem e no estudante enquanto sujeito pró-ativo, crítico e atuante na construção do seu saber. Assim sendo, na concretização deste projeto, serei a protagonista na minha própria formação, sendo o que se pretende a este nível de desenvolvimento profissional. O enfoque será dado à aprendizagem experiencial (Kolb, 1984), ou seja, à aprendizagem resultante da reorganização e reconstrução da minha própria experiência, num processo contínuo de crescimento e desenvolvimento, e à prática reflexiva (Schön, 1987), que deve pautar a ação e ser geradora de conhecimentos.

2.1 Objetivos gerais:

- 1) Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família em diferentes contextos da prática.
- 2) Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional e de gestão de informação como intervenções de enfermagem facilitadoras de um acolhimento humanizado na relação com o cliente pediátrico.

2.2 Objetivos específicos e atividades propostas:

Unidade de saúde familiar:

No primeiro contexto clínico, que irá realizar-se numa Unidade de Saúde Familiar durante o período de 5 semanas, de 28 de Setembro a 1 de Outubro de 2015, estão definidos seguidamente os objetivos que me proponho desenvolver, e as correspondentes atividades propostas para os atingir. A orientação no local de

estágio ficará a cargo da EEESCJ Maria Nélia Coelho e da docente orientadora da ESEL, a Professora Doutora Paula Diogo.

Objetivo específico: Desenvolver capacidades de comunicação com o cliente pediátrico nos vários estádios de desenvolvimento em contexto de Consulta de Saúde Infantil.

Atividades propostas:

- Aprofundamento de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica;
- Identificação de estratégias utilizadas pelo EEESCJ no acolhimento e na comunicação com o cliente pediátrico;
- Utilização de diferentes estratégias de comunicação com a criança e família na informação e preparação para os procedimentos de enfermagem;
- Elaboração de diários de campo mobilizando a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Objetivo específico: Desenvolver práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica acerca dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem;
- Observação participante na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem pelo EEESCJ com a utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan;
- Realização de cuidados antecipatórios promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem;
- Elaboração de diários de campo mobilizando a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Objetivo específico: Analisar as práticas de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família no âmbito da consulta de Saúde Infantil.

Atividades propostas:

- Aprofundamento de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica;
- Conhecimento e análise da estrutura física e organizacional do serviço, articulação do serviço com outras instituições/serviços e metodologia de trabalho desenvolvida;
- Consulta de protocolos, normas e projetos desenvolvidos no serviço;
- Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem do EEESCJ ao cliente pediátrico na consulta de Saúde Infantil;
- Elaboração de diários de campo com a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Objetivo específico: Desenvolver estratégias de gestão emocional e de gestão da informação na interação com o cliente pediátrico.

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos;
- Identificação e análise reflexiva de características do serviço promotoras a humanização do acolhimento pediátrico;
- Consulta de registos de enfermagem no âmbito da gestão emocional e na gestão da informação realizadas;
- Identificação de estratégias/recursos desenvolvidos pelo EEESCJ na gestão emocional e na gestão da informação do cliente pediátrico, através da observação participante;
- Realização do acolhimento à criança nos diferentes grupos etários e suas famílias;
- Elaboração de diários de campo com a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo contexto clínico será um Serviço de Urgência Pediátrica e desenrolar-se-á durante o período de 3 semanas, de 2 a 22 de Novembro de 2015. A orientação no local de estágio ficará a cargo da EEESCJ Célia Pereira e da docente orientadora da ESEL, a Professora Doutora Paula Diogo. À semelhança do que foi definido para

o contexto anterior, seguidamente apresento os objetivos a atingir e as correspondentes atividades propostas.

Objetivo específico: Desenvolver capacidades de comunicação com o cliente pediátrico nos vários contextos do serviço de Urgência Pediátrica (Triagem, Sala de Tratamentos e Unidades de Internamento de Curta Duração - UICD).

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos acerca da temática;
- Utilização de uma grelha de observação para identificação de estratégias utilizadas pelo EEESCJ no acolhimento e comunicação com o cliente pediátrico, nos diferentes contextos do serviço de urgência;
- Participação nos cuidados ao cliente pediátrico de forma a mobilizar diferentes estratégias de comunicação com a criança e família na informação e preparação para os procedimentos de enfermagem;
- Elaboração de diários de campo mobilizando a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Objetivo específico: Analisar as práticas de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família nos vários contextos do serviço de Urgência Pediátrica.

Atividades propostas:

- Conhecimento e análise da estrutura física e organizacional do serviço, articulação do serviço com outras instituições/serviços e metodologia de trabalho desenvolvida;
- Consulta de protocolos, normas e projetos desenvolvidos no serviço;
- Pesquisa bibliográfica para aprofundamento de conhecimentos acerca dos principais motivos de recorrência ao serviço de urgência e principais cuidados de enfermagem;
- Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem do EEESCJ ao cliente pediátrico;
- Elaboração de diários de campo com a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Objetivo específico: Desenvolver estratégias no âmbito da gestão emocional e da gestão da informação na interação com o cliente pediátrico, em contexto de Urgência Pediátrica.

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos;
- Identificação e análise reflexiva acerca das características do serviço de urgência pediátrica promotoras da humanização do acolhimento pediátrico;
- Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem nos registos informáticos, no âmbito da gestão emocional e na gestão da informação do cliente pediátrico;
- Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem, de forma a identificar as principais necessidades emocionais e de informação do cliente pediátrico em situação de urgência;
- Realização de entrevistas semi-estruturadas aos EEESCJ para análise reflexiva sobre as práticas referentes à gestão emocional e gestão da informação do cliente pediátrico;
- Elaboração de diários de campo sobre a intervenção do EEESCJ em situações significativas, mobilizando a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Serviço de Internamento de Pediatria

O terceiro contexto clínico decorrerá num Serviço de internamento de pediatria e desenrolar-se-á durante o período de 3 semanas, de 23 de Novembro a 13 de Dezembro de 2015. A orientação no local de estágio ficará a cargo da EEESCJ Lúcia Henriques e da docente orientadora da ESEL, a Professora Doutora Paula Diogo. Seguidamente serão apresentados os objetivos a atingir e as correspondentes atividades propostas.

Objetivo específico: Desenvolver capacidades de comunicação com o cliente pediátrico hospitalizado, num serviço de Internamento de Pediatria.

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos;
- Utilização da grelha de observação elaborada no contexto anterior para identificação e análise de estratégias utilizadas pelo EEESCJ na comunicação com o cliente pediátrico;
- Participação nos cuidados ao cliente pediátrico de forma a mobilizar diferentes estratégias de comunicação com a criança e família na informação e preparação para os procedimentos de enfermagem;
- Elaboração de diários de campo sobre a intervenção do EEESCJ em situações significativas, mobilizando a reflexão sobre a prática recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Objetivo específico: Analisar as práticas de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família em contexto de Internamento de Pediatria.

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica acerca das principais patologias das crianças internadas e suas necessidades de cuidados de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos;
- Conhecimento e análise da estrutura física e organizacional do serviço, articulação do serviço com outras instituições/serviços e metodologia de trabalho desenvolvida;
- Consulta de protocolos, normas e projetos desenvolvidos no serviço;
- Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem do EEESCJ ao cliente pediátrico;
- Elaboração de diário de campo sobre a intervenção do EEESCJ em situações significativas, mobilizando a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Objetivo específico: Identificar as necessidades emocionais da criança, jovem e família no acolhimento face à situação de doença e hospitalização.

- Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem do EEESCJ, de forma a identificar as principais necessidades emocionais do cliente pediátrico;

- Elaboração de uma Grelha de Registo de Observação das emoções/sentimentos/ reacções/comportamentos, *stressores* face à hospitalização, mecanismos de coping e intervenções de enfermagem;
- Elaboração de diário de campo mobilizando a reflexão sobre a prática, incidindo na atuação do EEESCJ face ao sofrimento da criança e família provocado pela situação de doença e hospitalização.

Objetivo específico: Desenvolver estratégias de gestão emocional e de gestão da informação na interação com o cliente pediátrico em contexto de internamento.

Atividades propostas:

- Pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos;
- Identificação e análise reflexiva de características do serviço de internamento promotoras da humanização do acolhimento pediátrico;
- Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem nos registos informáticos, no âmbito da gestão emocional e na gestão da informação do cliente pediátrico;
- Realização de entrevistas semi-estruturadas aos EEESCJ para análise reflexiva sobre as práticas referentes à gestão emocional e gestão da informação do cliente pediátrico;
- Elaboração de diários de campo sobre a intervenção do EEESCJ em situações significativas, mobilizando a reflexão sobre a prática, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O quarto e último contexto clínico decorrerá no serviço onde desempenho funções, uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais, onde me focarei na área específica da Neonatologia, e desenrolar-se-á durante o período de 6 semanas, de 4 de Janeiro a 12 de Fevereiro de 2016. A orientação no local de estágio ficará a cargo da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) Carina Moura e da docente orientadora da ESEL, a Professora Doutora Paula Diogo. Seguidamente serão apresentados os objetivos a atingir e as correspondentes atividades propostas.

Objetivo específico: Analisar os fatores emocionais que interferem na experiência de ser Pais de Recém-nascidos Pré-Termo (RNPT) hospitalizados.

Atividades propostas:

- Auscultação das necessidades de gestão emocional e de gestão de informação dos pais de RNPT, através da escuta ativa e do estabelecimento de uma relação empática e de confiança;
- Identificação de medidas que diminuam o impacto da experiência emocional dos pais de RNPT hospitalizados;
- Análise reflexiva crítica das experiências emocionais dos pais em Diário de Campo, à luz da leitura de bibliografia consultada.

Objetivo específico: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do desenvolvimento de estratégias de gestão emocional e gestão da informação dos pais de RNPT.

Atividades propostas:

- Realização de uma sessão de formação em serviço para a equipa de enfermagem de modo a dar a conhecer as propostas do Guia de Acolhimento e da norma de articulação entre a UCIN e o Serviço de Obstetrícia;
- Promoção de sessões informais de sensibilização com a equipa de enfermagem de modo a estimular a incorporação nos registos de enfermagem das intervenções de gestão emocional e da gestão de informação;
- Realização de sessão de formação em serviço de forma a apresentar uma revisão de literatura sobre o Método de Canguru visando reforçar a sua importância e promover a sua realização de forma mais sistematizada;
- Realização de sessão de brainstorming de forma a auscultar os critérios sugeridos pela equipa de enfermagem para a uniformização do Método Canguru e criando a proposta de uma norma de enfermagem.

Objetivo específico: Otimizar práticas de enfermagem que promovam a gestão emocional e a gestão de informação dos pais de RNPT.

Atividades propostas:

- Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem nos registos informáticos, no âmbito da gestão emocional e na gestão da informação do cliente pediátrico;
- Utilização de estratégias para uma comunicação empática desenvolvidas nos contextos anteriores no estabelecimento de uma relação de confiança com os pais;
- Facilitação de uma comunicação expressiva de emoções e da promoção da esperança realista através da divulgação do Grupo de Apoio para pais;
- Promoção sistematizada do contacto físico precoce dos pais com o RNPT através da estimulação do toque e da realização do Método Canguru, como estratégias de gestão da experiência emocional dos pais e como medidas não farmacológicas no alívio da dor e desconforto nos RNPT;
- Proposta ao grupo de trabalho responsável pela parametrização dos registos de enfermagem para a incorporação da intervenção “Realização de Método Canguru” com resultados sensíveis da prática da enfermagem;
- Elaboração de proposta de um Guia de Acolhimento específico para a UCIN;
- Elaboração de proposta de uma Norma de articulação entre a UCIN e o Serviço de Obstetrícia de forma a promover uma visita prévia do pai e da mãe internada com risco de parto pré-termo;
- Promoção da consolidação da metodologia de trabalho por Enfermeiro de Referência na organização dos cuidados de enfermagem, através do reforço da sua importância na qualidade dos cuidados em sessões informais com a equipa e identificando estratégias para a sua melhoria.
- Elaboração de uma reflexão estruturada sobre a prática de enfermagem no âmbito da gestão emocional e gestão da informação, recorrendo ao Ciclo de Gibbs.

3. CRONOGRAMA

Ano		2015 / 2016																		
MÊS		Set-Out	Out - Nov				Nov - Dez					Dez - Jan						Fev		
LOCAL DE ESTÁGIO	DIAS	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	FÉRIAS DE NATAL	4	11	18	25	1	8
		4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20		10	17	24	31	7	12
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (USF CSI Seixal)																				
URGÊNCIA PEDIÁTRICA (Hospital Garcia de Orta)																				
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA (Hospital Nossa Sª Do Rosário)																				
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DA FELICIDADE																				
UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (Hospital Garcia de Orta)																				

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção inicial de um projeto, que se encontra na base deste Guia Orientador das Atividades de Estágio, revelou-se um importante espaço e exercício de auto-reflexão, gerador de aprendizagem e potenciador do desenvolvimento pessoal e profissional.

Tendo em atenção as necessidades sentidas, os objetivos traçados e os recursos disponíveis nos diferentes contextos, este Guia deverá ser interpretado como um processo dinâmico, passível de ser alterado em função de novas necessidades que possam emergir da sua aplicação prática, de forma a potenciar momentos de aprendizagem, através da reflexão na prática e sobre a prática. A capacidade de negociação será tida em consideração, de forma a poder adaptar as atividades propostas e acrescentar novas que se possam proporcionar ou serem propostas no próprio contexto clínico.

Almejo assim atingir os objetivos a que me proponho e desenvolver as competências necessárias de EE e EEESCJ, com a finalidade de proporcionar cuidados de Enfermagem Avançada, de qualidade, contribuindo deste modo para o bem-estar e saúde das crianças e famílias envolvidas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Schön, D. A. (1987). *La formación de profesionales reflexivos, hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Centro de publicaciones del ministerio de educacion y ciência, Ediciones Paidós: Barcelona.

Apêndice III

Registo de observação das técnicas e estratégias de comunicação

Nº da observação : Idade da criança: Sexo: Motivo de internamento:

<i>Itens de Observação</i>	<i>Registo de Intervenções</i>
- Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar-se • Usar uma denominação formal ou nome preferido e não “mãe ou pai” • Registrar nome pelo qual gosta de ser chamado • Incluir a criança na interacção 	
- Ambiente físico <ul style="list-style-type: none"> • Privacidade • Fontes de distração • Existência de Brinquedos • Confidencialidade 	
Com os pais	
- Encorajar os pais a falar <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas abertas • Promoção do reforço positivo - Direcção o foco - Escuta e consciência cultural <ul style="list-style-type: none"> • Atentar ao verbal e não-verbal • Evitar julgamentos precipitados - Uso do silêncio - Ser empático - Fornecer orientação antecipada <ul style="list-style-type: none"> • Baseada nas necessidades da família • Considerar a família com competências • Proporcionar oportunidades para alcançar competências - Evitar bloqueios à comunicação <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação excessiva • Tirar conclusões precipitadas • Oferecer confiança inapropriada ou prematura • Usar comentários estereotipados • Socializar • Dar demasiado encorajamento • Limitar a expressão de emoções • Defender uma situação/opinião • Interromper e completar a frase da pessoa • Falar mais que o entrevistado • Alterar deliberadamente o foco da entrevista 	

Com as crianças	
Utilização de técnicas de comunicação adaptadas ao estágio de desenvolvimento	
<ul style="list-style-type: none"> - Verbais - Não-verbais <ul style="list-style-type: none"> • Brincar 	
Preparação para procedimentos de enfermagem (antes, durante e após)	
- Estabelecer confiança e proporcionar suporte	
- Presença e suporte parental	
- Explicação aos pais e criança/jovem do procedimento a realizar	
- Envolver a criança	
- Providenciar distração	
- Permitir e estimular a expressão de sentimentos	
- Reforço positivo	
- Uso do brincar	

Apêndice IV

Registro de observação da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Nº da observação : Idade da criança: Sexo: Duração da consulta:

<i>Itens de Observação</i>	<i>Registo de Intervenções</i>
Utilização de técnicas de comunicação adaptadas ao estágio de desenvolvimento	
Validação da apreensão da informação e esclarecimento de dúvidas	
Avaliação do crescimento (Dados antropométricos)	
Avaliação do desenvolvimento (Mary Sheridan Modificada)	
Abordagem das atividades promotoras do desenvolvimento apropriadas a cada idade chave	
Promoção de Cuidados antecipatórios	
Identificação de sinais de alerta	
Avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte	
Identificação de estratégias/recursos na gestão emocional e na gestão da informação	
Registo das intervenções realizadas	

Apêndice V

Sessão de formação em serviço *“Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada – aplicabilidade prática”*

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

APLICABILIDADE PRÁTICA

Autora: Enfermeira Sandra Almeida (Aluna do
6º Curso de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria)

Orientadora: Enfermeira Nélia Coelho
(Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria)

Docente: Professora Doutora Paula Diogo

Seixal, 2015

SUMÁRIO

- Objetivos
- Fases do desenvolvimento
- Princípios para a promoção do desenvolvimento da criança
- Importância do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil
- Escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada – o que avalia e sua aplicabilidade prática
- Material necessário

OBJETIVOS

- Compreender a importância da avaliação do desenvolvimento da criança na promoção da sua saúde.
- Compreender a importância do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil.
- Aprofundar conhecimentos acerca da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan e sua aplicabilidade prática na Consulta de Saúde Infantil.

FASES DO DESENVOLVIMENTO



PRINCÍPIOS PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

- As crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos.
- Cada criança é única e tem o seu próprio ritmo.
- O desenvolvimento infantil é multidimensional.
- Existem factores que influenciam o desenvolvimento infantil (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais).
- As relações emocionais afectivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social.

PRINCÍPIOS PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

- Os Enfermeiros devem potenciar a relação pais/filho numa atitude empática, flexível e não prescritiva.
- A avaliação de desenvolvimento pressupõe a utilização de **instrumentos de avaliação**.
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.
- Reconhecer o brincar como actividade basilar do desenvolvimento infantil.

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

- Identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento.



PARCERIA com os pais na **promoção do desenvolvimento** da criança

ALERTA: A avaliação clínica informal isolada deteta **menos de 30%** das crianças com problemas de desenvolvimento, enquanto que os instrumentos de rastreio têm sensibilidade entre os **70% e 90%!**

DGS (2013)

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários

Observação Crítica

- Desde que a criança entra até que sai da sala
- Em conversa com os pais/cuidadores



Valorizar as suas observações e preocupações



Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan

- Usada há várias décadas
- Inserida nos programas informáticos
- "Padrão de referência da normalidade"
- Fiável, seguro e de fácil utilização
- Uniformiza os critérios de avaliação

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Enfermeiro de CSP



Ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento

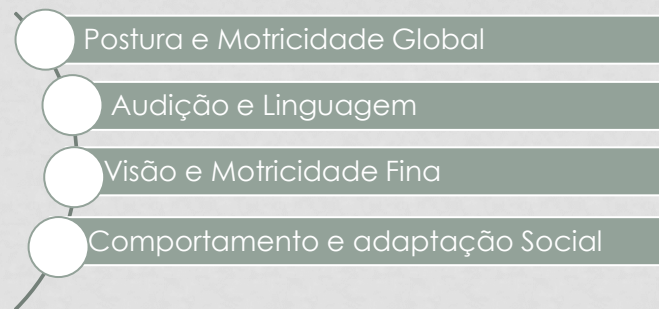
(Cuidados Antecipatórios)

IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

- Em caso de dúvida, **confrontar** os elementos da avaliação com os de outros profissionais de saúde envolvidos.
- **Dialogar** com os pais/cuidadores e inseri-los em todo este processo, partilhando as dúvidas com eles.
- **Programar outra observação** da criança a curto prazo.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN - O que avalia? -

- **Desenvolvimento Psicomotor da criança das 4-6 semanas até aos 5 anos.**



ESCALA DE MARY SHERIDAN - Aplicabilidade prática -

Consultas Gráficos Pré / Pós natal Alimentação Rendimento Escolar **Desenvolvimento** Avaliação do sistema (M-CHAT) Escalas Vacinas Exames Interferências

47-67 sem 3 meses 6 meses 9 meses **12 meses** 18 meses 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos

Data de registo: 20-07-2015 (1 ano)

Postura e motricidade global

- ☒ Parece de decúbito dorsal e sentado
- ☒ Tem equilíbrio sentado
- ☒ Gatinha
- ☒ Fica-se de pé e balança, após 1 ou 2 mãos

Visão e motricidade fina

- ☒ Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão
- ☒ Procura um objeto escondido
- ☒ Interesse visual para perto e longe

Audição e linguagem

- ☒ Resposta rápida aos sons suaves nas habitações de depressa
- ☒ Da palmada e volta-se
- ☒ Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente inperceptível)
- ☒ Compreende ordens simples: "Não", "Não dá" e palavras simples "Adeus"

Comportamento e adaptação social

- ☒ Brinca pelo corpo com água
- ☒ Segura e cozer mas não a usa
- ☒ Colabora no vestir levantando os braços
- ☒ Muito dependente do adulto
- ☒ Desmonta a afeto

Sinais de alarme

12 meses

- Não aguenta o peso nas pernas
- Descoordenação motora: não consegue manter a posição
- Assimetrias
- Não pega nos brinquedos ou faz-lo só com uma mão
- Não responde a voz
- Não brinca nem estabelece contacto
- Não imita

ESCALA DE MARY SHERIDAN - Aplicabilidade prática -

The screenshot shows the Mary Sheridan Scale interface. The 'Desenvolvimento' tab is selected. The 'Sinais de alarme' section for a 2-year-old child is highlighted with a red circle. The milestones listed are:

- Não anda sozinho
- Deita os objetos fora
- Não consegue nada
- Não parece compreender aquilo que se lhe diz
- Não pronuncia palavras inteiras
- Não se interessa pelo que está em seu redor
- Não estabelece contacto
- Não consegue imitar
- Sotrabismo

ESCALA DE MARY SHERIDAN - Material necessário -

- Bola Pendente;
- Roca;
- Cubos;
- Pinos ou Clip;
- Boneca;
- Colher, garfo e escova de cabelo;
- Livro com figuras;
- Copo/Caneca com asas;
- Bola pequena;
- Painel com 10 cores e cartões correspondentes.





BIBLIOGRAFIA

- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). Wong enfermagem da criança e do adolescente (9ªed). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos da OE. nº 3, série 1. Volume 1.

Apêndice VI

Instrumento orientador da aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada
(exemplo para avaliação ao mês de idade)



Postura Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> · Em decúbito ventral – levanta a cabeça. · Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. · Em tração pelas mãos – a cabeça cai. · Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. · Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. 	
Visão Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> · Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). 	
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> · Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> · Fixa a face da mãe quando o alimenta. · Tem sorriso presente às 6 semanas. · Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	
SINAIS DE ALARME	<ul style="list-style-type: none"> · Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). · Apresenta hipertonicidade na posição de pé. · Nunca segue a face humana. · Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). · Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos. 	

Atividades promotoras do desenvolvimento

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera.
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.
- Observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto.
- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço.
- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir.
- Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos.
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

Apêndice VII

Caixa temática para avaliação do desenvolvimento psico-motor



Apêndice VIII

Diário de Campo II

Diário de Campo

Unidade de Saúde Familiar (1ª semana)

Nesta primeira semana de experiência de estágio no primeiro contexto clínico, as emoções foram muitas e diversificadas.

Foi o início do que se previa um percurso trabalhoso mas também gratificante, com novos desafios e objetivos a cumprir. Devo dizer que este processo de auto-aprendizagem a mim muito me apraz. A motivação que se empenha, o incutir de nós próprios no que nos envolvemos, ajuda a superar o cansaço subjacente a uma carga horária aumentada e às atividades propostas.

Conhecer novas realidades, novos profissionais, diferentes métodos de trabalho está a ser enriquecedor, numa fase em que já estava acomodada ao meu contexto de prática profissional, julgando como certos os ideais que fui construindo ao longo da minha experiência. O enquadramento é também ele distinto, tendo sido acolhida como uma colega e já não apenas como aluna em contexto de estágio. Possuo agora novos quadros de referência, conhecimentos sobre programas, modelos e técnicas de intervenção, subjacentes ao projeto de formação que fui desenvolvendo ao longo do 1º ano de curso de pós-licenciatura, que me permitiram desenvolver novos processos de pensamento de Enfermagem. Mas tal evolução, além de motivação, provocou em mim também um certo receio. O que iria encontrar? Conseguiria atingir os meus objetivos? Iria conseguir fazer o paralelismo entre a teoria e as práticas encontradas? Ou pelo contrário, iria encontrar barreiras dos profissionais ou dos próprios contextos? Deixei de lado os receios iniciais e abarquei nesta viagem que ainda agora estava a começar. A forma como me receberam e permitiram que pudesse explorar o meio de forma a que conseguisse, progressivamente, familiarizar-me com o mesmo, ajudou a que tivesse o à vontade para questionar, pesquisar, analisar os recursos disponíveis e assim dar início às atividades que houvera planeado. Os receios e dúvidas foram assim substituídos pela vontade em trabalhar e evoluir, reflectindo *na e sobre* as práticas.

Unidade de Saúde Familiar (2ª semana)

Na segunda semana começara já a participar nas consultas de Saúde Infantil, com recurso ao instrumento de registo de observação elaborado. Posso referir que esta foi uma mais-valia, uma vez que com a ansiedade de querer absorver todas as

aprendizagens possíveis e de por vezes dar conta de tentar estabelecer uma ligação com as crianças durante a consulta, esquecia a verdadeira intencionalidade da minha presença e os pormenores aos quais deveria estar mais atenta. A título ilustrativo, recordo uma situação de uma criança em idade pré-escolar que, devido às características próprias do seu estágio de desenvolvimento, como o seu egocentrismo, foi desafiante, criando alguma dificuldade em ganhar a sua confiança e colaboração. A criança chegou à consulta, muito envergonhada, aninhando-se na mãe assim que nos viu na sala. Foquei-me nela enquanto a EEESCJ falava com os pais. Perguntei-lhe o nome e perguntei se queria ir comigo ver os brinquedos que estavam a um canto da sala. Ignorou-me, fechando-se ainda mais e começou a chorar. Compreendi que teria de lhe conceder espaço, de forma a que pudesse sentir-se à vontade naquele ambiente estranho e ter a iniciativa de sair do colo da mãe. Tal estratégia resultou. Ao descentralizar a minha atenção na criança, ela começou a explorar o espaço com o olhar e posteriormente saiu do colo e dirigiu-se espontaneamente aos brinquedos existentes na sala. Chegara a hora de avaliar o seu crescimento através da medição antropométrica. De forma tranquila aproximei-me dela e, colocando-me ao seu nível, comecei a brincar também. A fita métrica foi usada em imitação a uma fita de índio, inicialmente colocada à volta da minha cabeça, depois na cabeça da mãe e finalmente, com o seu consentimento, da sua própria cabeça, de forma a medir o perímetro cefálico. O facto de ter tido oportunidade de tocar na fita e ver a sua aplicação nos outros, principalmente na sua mãe em quem confia, diminuiu o seu medo e fez com que colaborasse no procedimento. A balança foi também usada inicialmente na boneca que tinha nos braços e, após alguma negação e desconfiança, a própria aceitou subir para a mesma para se pesar.

Este não foi um processo fácil mas sim algo moroso, com recurso a alguma dose de paciência. Brincar é a linguagem universal da criança, e foi através dos brinquedos que estabeleci uma relação de confiança e uma comunicação eficaz para atingir os objetivos da consulta. Nesse processo de comunicação alguns aspetos do desenvolvimento psicomotor foram também avaliados. Foi claro para mim que a função do brincar não é apenas lúdica, mas também social e terapêutica. Esta situação foi fonte de aprendizagem para que nas situações seguintes valorizasse mais este instrumento de comunicação. Em cada situação fui podendo corrigir e

complementar a minha atuação. O facto do EEESCJ no final de cada consulta rever o que foi feito e o que poderia ter corrido melhor, constituiu uma mais-valia na minha evolução, tendo oportunidade de refletir sobre o sucedido e podendo aperfeiçoar a minha prática. Um espaço fundamental de reflexão na e sobre a prática de enfermagem.

Unidade de Saúde Familiar (3ª, 4ª e 5ª semana)

No decurso da experiência neste contexto clínico, grande foi a variedade de crianças, jovens e famílias com quem tive a oportunidade de me relacionar.

Mas foi na relação com o adolescente que senti as maiores dificuldades. O EEESCJ deve atuar na promoção da auto-estima do adolescente e na sua responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, mas é na comunicação com o mesmo que considero residir o principal desafio.

No contacto que tive com os jovens no contexto de consulta foi difícil de agilizar uma comunicação eficaz, devido às barreiras sentidas como a falta de à vontade da parte de ambos em abordar alguns temas, como por exemplo a sexualidade. Todos os jovens vinham à consulta na companhia dos pais, o que aparentemente para alguns poderia ser limitativo de uma participação ativa na mesma. Confesso que eu própria senti algum constrangimento e desconforto, uma vez que algumas temáticas poderiam ser tabu naquela família, o que não era fácil de desvendar num contacto isolado, sem um conhecimento profundo do contexto e dinâmica familiar e do estabelecimento de uma relação de confiança. Frequentemente, o próprio EEESCJ referiu a falta de oportunidades de desenvolver essa relação devido à abstinência dos jovens na consulta. Desta forma, as poucas consultas com adolescentes em que pude participar foram curtas e pouco produtivas. Basearam-se essencialmente na avaliação do crescimento e em algumas questões relacionadas com a aprendizagem escolar, relacionamento com os colegas, alimentação e possíveis consumos, embora a honestidade neste último aspeto fosse questionável devido à presença dos pais.

Pelo que vivenciei compreendo agora a importância da criação de uma consulta do adolescente, numa sala própria, com um horário mais flexível, que pudesse proporcionar maior confidencialidade e privacidade, conduzida por um EEESCJ dotado de motivação, experiência e munido numa fase inicial de um guião de

questões a serem realizadas de forma estruturada. Esta poderia constituir uma mais-valia no apoio aos jovens desta USF, e um espaço importante de partilha, esclarecimento de dúvidas, educação para a saúde e mesmo de desenvolvimento pessoal (emocional).

Dado ter permanecido 5 semanas neste contexto, permitiu-me estabelecer uma relação de confiança com algumas famílias que com mais frequência tiveram de recorrer à consulta de enfermagem de Saúde Infantil, como foi o caso do seguimento de um recém-nascido, com a realização do rastreio de doenças metabólicas, pesagem semanal e esclarecimento de dúvidas. Nesse caso em particular tornei-me uma “cara familiar” para a família, verificando gradualmente os efeitos benéficos que isso poderia trazer. O casal era jovem e ainda coabitava com os avós paternos do bebé. O recém-nascido era portador de uma malformação cranioencefalica, e encontrava-se ainda em fase de diagnóstico, o que causava nos pais alguma ansiedade e muitas dúvidas em relação ao seu desenvolvimento, uma vez que o seu filho não parecia fisicamente “normal”. Cada momento de pesagem semanal era uma oportunidade para esclarecimento de dúvidas, que contribuía para a gestão de receios e ansiedades de que eram assolados, ilustrando a importância da gestão da informação como meio de gestão emocional, e vice-versa. O facto de contactarem sempre com as mesmas profissionais de saúde nesta fase crítica das suas vidas, contribuindo progressivamente para o estabelecimento de uma relação de confiança, fez com que a mãe se sentisse à vontade para falar abertamente acerca das emoções que vivenciava, sentindo-se fracassada no desempenho do seu papel de mãe. Naquele momento desabou a sua armadura de “mulher forte” e deixou transparecer as emoções que a perturbavam. A fase das cólicas, a expectativa do diagnóstico do filho, as constantes críticas por parte da família, debilitaram-na emocionalmente e naquele espaço de interação e partilha proporcionado na consulta foi onde se sentiu suficientemente à vontade para chorar e procurar ajuda. A escuta ativa e a empatia foram de facto instrumentos de enfermagem privilegiados, sendo que posteriormente se procurou desmistificar as suas dúvidas e reforçar a sua importância enquanto mãe daquele bebé que tanto necessitava dela. Nesta situação senti que o estabelecimento da relação de ajuda se fortaleceu através do conhecimento mútuo, da partilha de sentimentos e emoções. Posteriormente ficou registado no processo de enfermagem o sucedido para que numa avaliação

seguinte se ponderasse o encaminhamento para a psicóloga, de forma a que pudesse ser despistada uma possível depressão pós-parto. Nesta família foi importante investir na promoção da parentalidade e na vinculação entre pais e bebê. O cuidado a clientes com necessidades tão diversas com que me deparei foi bastante complexo e desafiante. O percurso para uma prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competências de EEESCJ ainda agora começou, mas considero que me encontro no bom caminho. A filosofia dos Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados ganharam novos contornos e significado com esta experiência. A satisfação da criança, do jovem e sua família, através do estabelecimento da relação de confiança, da empatia, da atenção à sua emocionalidade, às suas reais necessidades e preocupações, com enfoque na educação para a saúde, foram o que me moveu na procura de mais conhecimento e no desenvolvimento de competências neste primeiro contexto.

Apêndice IX

Grelha de registo de observação

Data:

Duração:

Contexto:

Situação de cuidados:

	CRIANÇA	FAMÍLIA
EMOÇÕES, SENTIMENTOS, REAÇÕES, COMPORTAMENTOS		
STRESSORES FACE À HOSPITALIZAÇÃO		
MECANISMOS DE COOPING		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		

Apêndice X

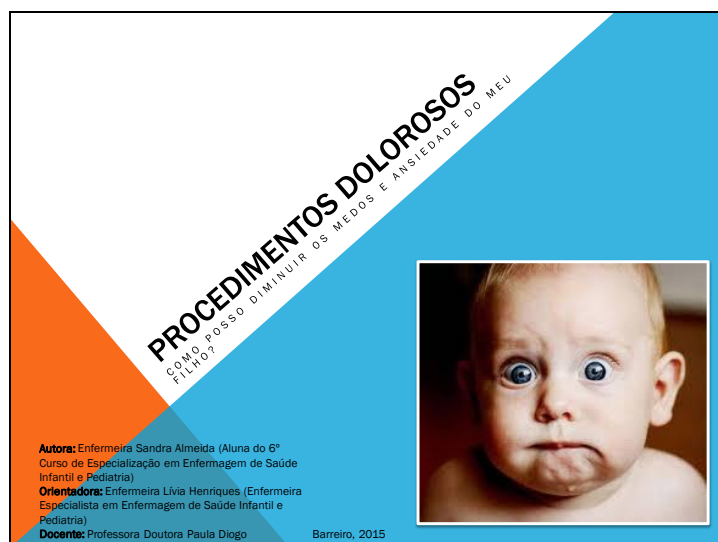
Guião de entrevista semiestruturada a EEESCJ

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Explicação sumária do projeto em desenvolvimento
2. Objetivo que pretendo atingir
3. Questões a serem abordadas:
 - Tendo em conta a sua experiência profissional, quais pensa serem as principais necessidades dos pais relativamente ao acolhimento?
 - Quais as dificuldades sentidas por si durante o acolhimento do cliente pediátrico?
 - Considera o acolhimento como um factor facilitador da relação de ajuda? Porquê?
 - Com que emoções dos clientes é normalmente confrontado? De que forma tenta geri-las no estabelecimento da relação terapêutica?
 - E quanto à gestão da informação? O que tem em consideração quando o realiza? O que mais o cliente procura?

Apêndice XI

Sessão de educação para a saúde *“Procedimentos dolorosos: Como posso aliviar os medos e ansiedade do meu filho?”*



PROCEDIMENTOS DOLOROSOS
COMO POSSO DIMINUIR OS MEDOS E ANSIEDADE DO MEU FILHO?

Autora: Enfermeira Sandra Almeida (Aluna do 6º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)
Orientadora: Enfermeira Livia Henriques (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)
Docente: Professora Doutora Paula Diogo

Barreiro, 2015

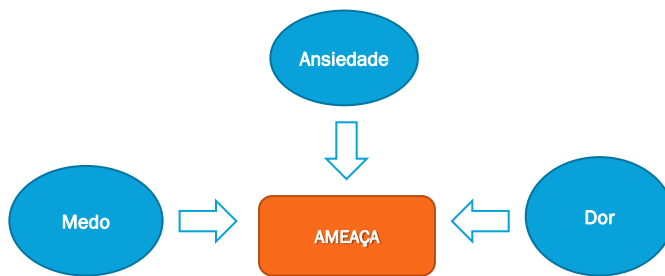
AMBIENTE HOSPITALAR: **PASSADO...**

- Separação radical do ambiente familiar e família
- Interrupção das atividades quotidianas
- Breves períodos de visita dos pais
- Pouco uso da analgesia e anestesia
- Tempo de internamento prolongado

AMBIENTE HOSPITALAR: **PRESENTE...**

- Serviços especializados em Pediatria
- Novas formas de tratamento
- Maior preocupação com a dor infantil
- Redução do tempo de internamento
- Ambiente adequado
- Existência de educadores e professores
- Possibilidade de acompanhamento por um familiar

DOENÇA/HOSPITALIZAÇÃO ➡ 1ª CRISE DA CRIANÇA



HOSPITALIZAÇÃO

- Separação dos pais e entes queridos
- Medo do desconhecido (equipamento, pessoas...)
- Lesão corporal, desconforto, dor e mutilação
- Perda de controlo e autonomia
- Medo da morte



Consequências psicológicas

(regressão, ansiedade, medo, apatia, distúrbios do sono)

(Hockenberry & Wilson, 2014)

O QUE INFLUENCIA A REAÇÃO DA CRIANÇA...

- Qual a idade de desenvolvimento da criança?
- Gravidade da doença (procedimentos associados, dor, isolamento)?
- A criança já teve experiências anteriores de hospitalização?
- Como reagiu?
- Quais foram os métodos mais eficazes na redução dos seus medos/ansiedade?
- Como foi a preparação para os procedimentos dolorosos?
- Qual foi a participação dos pais?

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR OS MEDOS/ANSIEDADE

IDADE DE DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS
0 a 1 ano	<ul style="list-style-type: none">- Dar conforto e afeto (mimos e colo)- Usar a chucha, fralda de pano, caixinha de música.- Embalar, cantar suavemente- Distrair com brinquedos coloridos e com som
1 aos 3 anos	<ul style="list-style-type: none">- Brincar durante 5 a 10 min antes, imitar os procedimentos num boneco (que não o seu)- Distrair com histórias, rimas, canções infantis, caleidoscópio, bolas de sabão- Abraçar- Fazer exercícios de relaxamento

(OE, 2010)

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR OS MEDOS/ANSIEDADE

IDADE DE DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS
4 aos 6 anos	<ul style="list-style-type: none">- Brincar, desenhar- Distrair com histórias, músicas infantis, rimas- Dramatizar, imitar procedimentos num boneco- Fazer exercícios de relaxamento (respiração – ex. encher um balão ou luva, bolas anti-stress)- Estimular o uso da imaginação – ex. praia, jardim, super-herói que tira a dor- Recompensar (emblema, diploma, penso colorido) e elogiar- Explicar os procedimentos com linguagem simples

(OE, 2010)

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR OS MEDOS/ANSIEDADE

IDADE DE DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS
7 aos 11 anos	<ul style="list-style-type: none">- Brincar, jogar, ouvir música, usar a imaginação- Fazer exercícios de relaxamento (respiração – ex. encher um balão ou luva, posicionamento, bolas anti-stress, massagem)- Fazer contrato comportamental (adiar se possível)- Recompensar e elogiar- Toque, fricção de uma parte do corpo, aplicação de calor (relaxamento, ↑ circulação) ou frio (↓ inchaço)- Explicar os procedimentos com linguagem simples
12 aos 18 anos	<ul style="list-style-type: none">- Fazer exercícios de relaxamento (respiração, posicionamento, bolas anti-stress, massagem)- Distração com livros, filmes, jogos, música, uso da imaginação- Explicar os procedimentos

(OE, 2010)

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR OS MEDOS/ANSIEDADE

**Pais
Parceiros
Insostituíveis!!**



- Demonstração de carinho, amor e segurança (tocar, falar)
- Distração
- Capacidade de ouvir e desculpabilizar a criança
- Alívio das emoções

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*. 1 (XVI). 11-28.
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos da OE. Série 1. Volume II* (3).

Apêndice XII

Guião de entrevista semiestruturada a enfermeiro perito

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Explicação sumária do projeto em desenvolvimento
2. Objetivo que pretendo atingir
3. Questões a serem abordadas:
 - Quais considera serem os fatores emocionais que interferem na experiência de ser Pais de Recém-nascidos Pré-Termo?
 - Quais são as principais intervenções de enfermagem mobilizadas de forma a diminuir o impacto dessa experiência emocional dos pais?

Apêndice XIII

Guião de entrevista semiestruturada a uma mãe de RNPT

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Explicação sumária do projeto em desenvolvimento
2. Objetivo que pretendo atingir
3. Questões a serem abordadas:
 - Quais considera terem sido os principais fatores emocionais que interferiram na experiência de ser Pais de Recém-nascidos Pré-Termo?
 - Quais foram as principais intervenções de enfermagem que ajudaram a diminuir o impacto dessa intensa experiência emocional?
 - O que sentiu falta e que considera que poderia ter sido facilitador nessa fase na atuação da equipa de enfermagem?

Apêndice XIV

Sessão de Formação em Serviço “Método Canguru: da evidência à prática”



Método Canguru

Da Evidência à Prática...

Sumário

- OBJETIVOS DA SESSÃO
- ALGUNS FACTOS
- MÉTODO CANGURU: EVOLUÇÃO HISTÓRICA
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
- OBJETIVOS PARA O FUTURO
- ATITUDES E RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO
- DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA...
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Objetivos da Sessão

- Reforçar a importância do Método Canguru e promover a sua operacionalização de forma mais sistematizada.
- Sugerir a elaboração de um Protocolo de atuação sobre o Método Canguru e definir critérios de inclusão de RN pré-termo, com base na evidência científica e com vista à sua uniformização.

ALGUNS FACTOS

Entre 2001 e 2011, verificou-se um aumento da percentagem de nados vivos prematuros, de **5,6%** para **7,4%** em 2011. Esta tendência também se verificou-se com a percentagem dos nados vivos de baixo peso (inferior a 2 500 gramas), que passou de **7,2%** para **8,4%**.

(INE, 2011)



Método Canguru surge como técnica eficaz promotora de:

- Termorregulação
- Aleitamento materno
- Proteção contra infeções
- Estimulação
- Sentimentos de segurança e amor



(WHO, 2003)

MÉTODO CANGURU: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

1979, Rey e Martinez, Bogotá, Colômbia

- Inexistência de incubadoras suficientes
- Elevado número de infeções nosocomiais



**Controlo térmico,
Amamentação
Vinculação**

Em todos RN, independentemente do peso, Idade Gestacional e condições de saúde

(WHO, 2003)

MÉTODO CANGURU: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

WHO (2003)

- Posição segura, aleitamento materno exclusivo, e alta precoce com acompanhamento adequado

Bergman, Linley & Fawcus (2004)

- Contacto pele-a-pele vs. Incubadora

Lawn, Kambafwile, Horta, Barros, & Cousens (2010)

- Redução da mortalidade e morbilidade em RN Prematuros com peso <2000g hospitalizados, com particular redução da infeção

MÉTODO CANGURU: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Benefício	Idade Gestacional	Autor
Melhor estabilidade fisiológica	Pré-termo	Cong et al Moriet al
Melhor sincronia biológica	Pré-termo	Ludington-Hoe et al
↑ RN a iniciar aleitamento materno exclusivo	Pré e de termo	Conde-Agudelo et al Moore et al
Melhor qualidade de sono	Pré-termo	Ludington-Hoe et al
Melhor aumento ponderal	Pré-termo	Conde-Agudelo et al
Melhor controle temperatura corporal	Pré-termo e de termo	Conde-Agudelo et al Moore et al
Melhor ligação mãe/pai-bebê	Pré e de termo	Conde-Agudelo et al Gordon et al
Diminuição do stresse (mãe e bebê)	Pré e de termo	Colados-Gomez et al Nolan et al
Diminuição percepção da dor	Pré e de termo	Takahashi et al Chernomont et al
Diminuição choro e cólicas	Pré e de termo	Cong et al Moore et al
Diminuição da probabilidade de infecção nasocomial	Pré e de termo	Okan et al Conde-Agudelo et al WHO
Diminuição tempo internamento	Pré e de termo	Conde-Agudelo et al
Diminuição mortalidade neonatal	Pré e de termo	Conde-Agudelo et al Lawn et al

(adaptado de Ludington-Hoe, 2011)

A **evidência científica** comprova resultados positivos em RN de termo e pré-termo a nível:

- Fisiológico**
- Comportamental**
- Desenvolvimento Social** (vinculação e interação)

MÉTODO CANGURU: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Em 2009 um inquérito a 284 UCIN de 8 países europeus demonstrou que a disponibilidade para a realização do Método Canguru às mães de RN pré-termo como prática de rotina variava entre os **41%** e os **100%**!

(Nygqvist, K. H. et al., 2010)

MÉTODO CANGURU: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Enquanto que os efeitos benéficos fisiológicos e comportamentais podem desaparecer em cerca de **5/10 minutos** após a separação da mãe, os efeitos sociais e ao nível do desenvolvimento continuam a ser manifestados por **1 a 16 anos**!

(Ludington-Hoe, 2011)

MÉTODO CANGURU: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Impedimentos referidos por enfermeiros à prática do MC:

- ❖ MC segundo indicação médica (**Superável**)
- ❖ MC como técnica que despende demasiado tempo (**Falso**)
- ❖ Falta de protocolos de atuação (**Superável**)
- ❖ Receio de instabilidade fisiológica dos RN relacionada com perda de temperatura (**Falso**)
- ❖ Receio de provocar stress no RN devido ao processo de transferência da incubadora para o colo e vice-versa (**Temporário – cerca de 15 min**)

(Ludington-Hoe, 2011)

MÉTODO CANGURU: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Estudo com RN pré-termo ventilados, com base na construção de um protocolo prévio:

- ❖ Não foi relatado nenhum efeito adverso, fisiológico ou comportamental
- ❖ Não ocorreu nenhum caso de extubação
- ❖ MC foi bem tolerado por todos os RN, passando a maior parte do tempo a dormir
- ❖ Uso da técnica de transferência da incubadora para o colo em posição levantada revelou-se menos disruptiva a nível fisiológico e comportamental, em relação à posição sentada

(Ludington-Hoe, Ferreira & Goldstein, 1998)

MÉTODO CANGURU: OBJETIVOS PARA O FUTURO

- ❖ Iniciado **imediatamente após o nascimento**
- ❖ Realizado durante 24h/dia, 7 dias por semana
- ❖ Deverá manter-se o MC durante o **sono, alimentação** e **períodos de alerta** do RN e durante a realização e recuperação da maioria dos **procedimentos dolorosos**
- ❖ **Conteúdo educativo** sobre o MC deverá estar presente em todas as enfermarias, obstetrias, pediatrias e neonatologias

(Ludington-Hoe, 2011)

MÉTODO CANGURU: OBJETIVOS PARA O FUTURO

- ❖ Orientação dos programas de suporte neonatais deve enfatizar e reforçar as bases fundamentais do MC como **prática comum**
- ❖ As neonatologias devem apoiar a prática do MC, identificando-o como um **elemento essencial no cuidado** ao RN.
- ❖ MC deverá continuar **durante o internamento** e nos **3 primeiros meses** após a alta.

(Ludington-Hoe, 2011)

MÉTODO CANGURU: ATITUDES E RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO

Paradigma da não-separação entre bebês e os seus pais

Envolver os pais no cuidado ao bebê assim que possível, logo após o nascimento



Dar o **suporte emocional** e a **informação** necessários de forma a promover o estabelecimento de **laços afetivos**



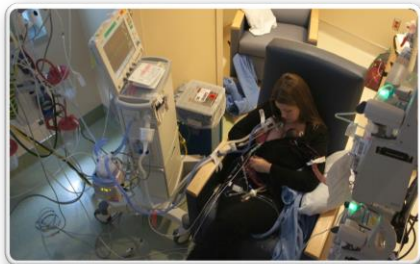
Promover a **disposição** e **capacitação** dos pais para a prática do **Método Canguru** como padrão primordial que premeia todo o **Cuidar**

MÉTODO CANGURU: DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA...

Importante promover o MC como **prática de rotina** nas UCIN (extensível a RN ventilados) de forma a otimizar os seus efeitos positivos!



Elaboração de um **Protocolo de atuação** e definição de **critérios de inclusão** com base na evidência científica já disponível



Fonte: <http://babychancecappelli.blogspot.pt/2012/12/kangaroo-care-2-weeks-old-pictures.html>

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergman, N. J., Linley, L. L. & Fawcus, S. R. (2004). Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatrica*, 93(6), 779–785. DOI:10.1111/j.1651-2227.2004.tb03018.x
- Lawn, J. E., Mwansa-Kambafwile, J., Horta, B. L., Barros, F. C. & Cousens, S. (2010). "Kangaroo mother care" to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*, 39 (suppl 1), 144–154. DOI:10.1093/ije/dyq031
- Ludington-Hoe, M. S., Ferreira, C. & Goldstein, M. (1998). Kangaroo care with a ventilated preterm infant. *Acta Paediatrica*, 78(6), 711-713.
- Ludington-Hoe M. S. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*, 30(5), 357–362. DOI:10.1891/0730-0832.30.5.357
- Nyqvist, K. H. et al. (2010). State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatrica*, 99(6), 812–819. DOI:10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x
- World Health Organization (2003). *Kangaroo Mother Care a practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research
<http://babychancecappelli.blogspot.pt/2012/12/kangaroo-care-2-weeks-old-pictures.html>
 Acedido a 09/02/2016
<https://www.ine.pt/>

Apêndice XV

Guia de Acolhimento UCIN

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS



GUIA DE ACOLHIMENTO

AOS PAIS

O vosso bebé encontra-se internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) por necessitar de cuidados especializados.

O presente Guia de Acolhimento pretende dar resposta às dúvidas que possam ter ao longo do internamento do vosso filho. Nele encontrarão um conjunto de informações que podem contribuir para um melhor conhecimento do vosso bebé e da UCIN, ajudando-os a familiarizarem-se com o quotidiano da Unidade.

Estamos aqui para em parceria convosco vencer as dificuldades inerentes a esta fase. O vosso bebé necessita não só da ajuda dos profissionais de saúde, como também do vosso amor, carinho e presença.

Solicitem toda a ajuda e esclarecimentos necessários, estaremos presentes para vos apoiar.

- Dirigido aos pais/acompanhantes das crianças internadas -

A Equipa de Saúde da UCIN

A UCIN

A UCIN é uma Unidade Especializada, que assegura vigilância e cuidados especiais aos bebés prematuros ou doentes. Chegados à UCIN é normal que se sintam impressionados, inseguros e receosos não só pela situação de saúde do vosso bebé, como também pelo ambiente estranho, desconhecido e pela quantidade de tubos, fios e aparelhos ligados a ele. É importante que percebam o significado de toda esta tecnologia e que isto não vos impeça de estabelecer laços afetivos e contacto com o vosso bebé, oferecendo-lhe todo o carinho de que necessita. Só terão de aprender a melhor maneira de o fazer. Todos os profissionais de saúde que diariamente cuidam do vosso bebé estão disponíveis para vos ajudar, procurando dar resposta às vossas necessidades pais.



AQUECIMENTO

O bebé prematuro tem dificuldade em regular a sua temperatura corporal, arrefecendo com facilidade. A incubadora tem como função substituir o útero materno, mantendo uma temperatura constante e adequada ao grau de maturidade do bebé, bem como a percentagem de humidade necessária ao seu equilíbrio. Permite ainda proteger o vosso bebé das infeções.

RUÍDO

O ruído constitui uma fonte de *stress* para o vosso bebé, podendo produzir reações de susto e interferir com o sono e descanso. Na UCIN, de forma a reduzir o nível geral de ruídos, é fundamental que utilizem um tom de voz baixo, que abram e fechem as portas da incubadora suavemente, que evitem colocar qualquer objeto em cima desta e que desliguem o som do telemóvel.

LUZ

A luz constitui outro fator de *stress*. A luminosidade intensa perturba o sono do bebé. Na UCIN a incubadora é coberta com uma colcha de forma a reduzir a luminosidade e a promover o sono/repouso do bebé. Num ambiente mais repousante e com a luz menos intensa, semelhante ao do útero materno, o frágil sistema nervoso do bebé prematuro encontra um meio ideal para a sua maturação.

MONITORIZAÇÃO

Para melhor vigilância das funções vitais do vosso bebé ele está monitorizado. Através de eléctrodos específicos podemos obter a leitura da respiração, dos batimentos cardíacos e avaliar a quantidade de oxigénio presente no sangue.

VENTILAÇÃO

Dependendo do grau de prematuridade e da imaturidade dos pulmões do vosso bebé, ele pode ter dificuldade em respirar sozinho, necessitando de ser ventilado. O ventilador é um aparelho que ajuda o bebé a respirar e em alguns casos respira por ele, quando o bebé não o consegue fazer. O tempo que permanece ligado ao ventilador é variável de bebé para bebé.

ALIMENTAÇÃO

Um dos fatores determinantes para a recuperação do vosso bebé é a alimentação. Nos primeiros dias, a alimentação pode ser feita exclusivamente através de soros que fornecem todos os nutrientes de que ele necessita. Logo que possa, o vosso bebé passa a ser alimentado com pequenas quantidades de leite, preferencialmente materno. Inicialmente pode ser alimentado através de uma sonda, que vai desde a boca/nariz até ao estômago.

ALEITAMENTO MATERNO

Devido à imaturidade do vosso bebé, o leite materno constitui o melhor alimento para lhe dar, contendo todos os nutrientes importantes de que necessita, além de o proteger contra infeções. Outro importante benefício do aleitamento materno é permitir o estabelecimento de uma ligação emocional forte e precoce com o vosso bebé.

É importante salientar que a amamentação pode ser um processo demorado, sejam pacientes.

Existe na Unidade um Cantinho de Amamentação com bombas de extração de leite que poderá utilizar durante o internamento do seu filho. Posteriormente o leite será guardado no frigorífico para ser usado na ausência da mãe e/ou quando a situação do bebé o permita.

Se a mãe não puder ou decidir não amamentar o seu filho, existem outras opções satisfatórias como fórmulas especialmente concebidas para bebés prematuros.

O BEBÉ PREMATURO

Uma gravidez completa é aquela que decorre num período compreendido entre as 37 e as 41 semanas. Este é o tempo que o feto necessita para se desenvolver e adaptar-se à transição à vida extrauterina (fora do útero da mãe).

Por definição, o bebé que nasce antes de completar as 37 semanas é designado por **Prematuro** ou de **Pré-Termo**.

Dependendo do grau de prematuridade, os órgãos e sistemas (respiratório, neurológico, digestivo) podem ainda não ter atingido a maturidade suficiente, deixando o bebé mais vulnerável a doenças e mais sensível a agentes externos como a luz, o ruído e a temperatura.

AS COMPETÊNCIAS DO BEBÉ PREMATURO

O vosso bebé quando nasce vem dotado de capacidades que se vão desenvolvendo pouco a pouco. Para melhor compreenderem o comportamento e desenvolvimento do vosso bebé é fundamental perceber que cada bebé tem o seu próprio ritmo e aptidões. Cada bebé é único e especial, pelo que será um desafio conhecerem o vosso.

VISÃO

Quando o bebé nasce, a visão não está totalmente desenvolvida, ele vai precisar de alguns meses até conseguir distinguir as cores e as formas. A sua visão é ainda enevoada, sem profundidade, é como se contemplasse o mundo através de um vidro embaciado. A partir das 30 semanas, perante uma luz mais fraca abre os olhos por períodos maiores e foca objetos a uma distância de aproximadamente 20 centímetros, distinguindo as cores fortemente contrastantes (preto, branco e vermelho). O vosso bebé tem preferência pelo rosto humano ou por objetos com características semelhantes a este.

AUDIÇÃO

A audição encontra-se desenvolvida a partir das 20 semanas de gestação, sendo que por volta das 25-28 semanas o bebé prematuro é capaz de responder de várias formas a diferentes sons. Perante um estímulo sonoro mais agudo (como os alarmes dos equipamentos ou vozes agudas) o bebé assusta-se, reagindo com movimentos bruscos. Por sua vez, um som suave suscita-lhe interesse e promove-lhe tranquilidade. Ele tem preferência pela voz humana em detrimento de outros ruídos, em especial pela voz dos pais.

OLFATO

O sentido do olfato encontra-se desenvolvido a partir das 24 semanas de gestação. O vosso bebé tem este sentido fortemente apurado, estando apto a distinguir os cheiros agradáveis dos desagradáveis.

Pode reagir mais a cheiros fortes e agressivos, pelo que devem evitar o uso de perfumes fortes. Com poucas semanas de vida é capaz de distinguir o cheiro da mãe.



PALADAR

O vosso bebé apresenta um paladar desenvolvido após o nascimento, conseguindo reconhecer três dos quatro sabores básicos: doce, amargo e azedo, embora apenas o doce lhe agrade. Neste período ainda não consegue distinguir o salgado. Cerca das 34 semanas o vosso bebé já poderá estar pronto para mamar, no entanto pode apresentar ainda alguma descoordenação na sucção, deglutição e respiração.

TATO

O tato constitui o mais importante meio de comunicação entre o vosso bebé e o mundo que o rodeia, funcionando simultaneamente para acalmar, alertar e despertar. Um toque suave produz um efeito calmante e relaxante, enquanto um toque mais forte e rápido desencadeia, com frequência, sinais de stress no vosso bebé (irregularidade da respiração e dos batimentos cardíacos, alteração da coloração da pele, movimentos bruscos e descoordenados).

O toque assume um papel importante na relação que estabelecem com o vosso filho. Quando o bebé está a despertar, conversem com ele num tom de voz suave e toquem-lhe com serenidade. No entanto, evitem fazê-lo quando dorme profundamente.

Na UCIN de forma a promover o contacto precoce com o vosso filho, e visando o bem-estar emocional de ambos, encorajamos-vos a tocar no vosso bebé (dependendo da sua tolerância e situação clínica), em especial através do **Método Canguru** e da **Massagem**. O vosso toque afetivo é fundamental para o desenvolvimento e recuperação do vosso filho, proporcionando-lhe conforto.

- **Método Canguru**

O Método Canguru surgiu na Colômbia face a uma situação crítica de falta de incubadoras e foi inspirado nos cangurus, que terminam a formação dos seus filhotes dentro de uma bolsa materna externa, onde recebem o calor da própria mãe através do contacto direto com a sua pele. O Método Canguru constitui uma forma especial de contacto precoce com o vosso bebé, o qual é colocado sobre o peito da mãe ou pai em posição vertical, apenas com a fralda, meias e gorro, promovendo o contacto pele com pele. Aconselhamos que tragam roupa mais cómoda e folgada, de abertura à frente, e é importante que estejam relaxados e sem pressa.

Têm sido reconhecidos inúmeros benefícios a esta técnica, tais como: aumento do vínculo afetivo pais/bebé; aumento do sentimento de confiança pela possibilidade de prestarem cuidados ao vosso filho; desenvolvimento de sentimentos de segurança e tranquilidade no bebé; estabilização dos batimentos cardíacos, dos níveis de oxigénio no sangue e da respiração que se torna mais suave, e diminuição dos gastos de energia, favorável a um aumento do peso.

- **Massagem**

A massagem no bebé constitui um momento único de partilha e comunicação, ajudando-os a fortalecer laços afetivos com o vosso bebé. Na massagem, os movimentos devem ser sempre suaves. As suas vantagens são várias: alívio das cólicas; facilita o sono tranquilo e profundo; ajuda a estimular o sistema imunitário e um melhor desenvolvimento do sistema nervoso; alívio do stress dos pais/bebé; estimula os 5 sentidos; aumenta o vínculo afetivo entre pais/bebés; ajuda a regular as funções respiratória, circulatória e gastrointestinal, e facilita o aumento de peso.



Fale com o enfermeiro sobre o melhor momento e como poderá aplicar cada uma das técnicas descritas.

A participação nos cuidados e a interação com o bebé vai depender de vários fatores, como a sua condição clínica. Em algumas situações a estimulação deve ser reduzida de modo a prevenir uma destabilização do bebé.

SENTIMENTOS E EMOÇÕES DOS PAIS

O nascimento de um bebê é esperado pelos pais como um evento único e maravilhoso. Se o tempo de gravidez é abreviado por algum motivo, nomeadamente por um parto prematuro, a imagem do bebê que foi idealizada durante a gravidez não corresponde à sua imagem real, e a distância entre as duas pode ser abismal...



Não só o bebê é prematuro, como os seus pais também o são, não se sentindo preparados para enfrentar essa situação. A adaptação a esta nova realidade pode passar por diversas fases onde as emoções podem oscilar entre o choque, a descrença, a tristeza, a depressão, a culpa, a revolta, até que, finalmente, a possam aceitar.

Pode ser um processo difícil e moroso, podendo ocorrer uma mistura de sentimentos, sendo que o desapontamento dará lugar ao afeto e ao amor pelo pequeno ser que surpreende todos os dias. Este vai ser um grande desafio que terão de enfrentar e as vossas emoções poderão parecer uma verdadeira “montanha russa”, ora felizes em

dias que tudo parece correr bem, ora revoltados e culpados quando tudo aparentemente corre mal.

Sejam pacientes, a sensação inicial de distância do vosso bebê é comum, mas com o tempo e com o apoio dos profissionais de saúde, a proximidade vai aumentando.

Cada um dos pais/casal terá o seu próprio ritmo para ultrapassar esta experiência. Ajudem-se um ao outro, falem do que sentem, questionem os profissionais de saúde sobre as vossas dúvidas e sentimentos, procurem ajuda sempre que necessitem, tentem estabelecer uma rotina diária, escrevam um diário e celebrem todas as conquistas do vosso bebê! Estas são algumas estratégias a que podem recorrer para lidar da melhor forma possível com as emoções que vão sentindo.

Existe ainda a possibilidade de requerer a ajuda pelo psicólogo, ou de grupos de apoio, podendo falar com pais que já experimentaram sentimentos semelhantes.

NORMAS DO SERVIÇO

A UCIN tem normas com o objetivo de proteger o vosso bebé.

No primeiro contacto com a Unidade será fornecido pelos enfermeiros um cartão que permite o acesso ao Hospital/Unidade das 8h às 24h.

À entrada e saída da sala devem lavar muito bem as mãos (sem relógio, anéis e pulseiras) e desinfeta-las antes do contato com o bebé.

O telemóvel deve estar sem som e não podem atender chamadas.

O vosso filho tem o direito ao acompanhamento permanente da mãe, pai ou de quem os substitua (Lei nº. 21/81 de 19 de Agosto), com as limitações decorrentes do seu estado clínico e das condições físicas e organizacionais do Serviço. Embora não existam condições para pernoitarem podem contactar telefonicamente a Unidade a qualquer hora.

Sempre que permaneçam junto do vosso filho mais de 6h e sejam isentos de taxas moderadoras, um dos acompanhantes tem direito a refeição gratuita no Hospital.

INFORMAÇÕES ÚTEIS

• Horário de Visitas

A criança pode ter diariamente duas visitas (à escolha dos pais), entre as 17:00 e as 20:00, sempre acompanhada por um dos pais, podendo permanecer apenas 2 pessoas em simultâneo. As visitas não poderão entrar mais do que uma vez em cada período.

A visita de crianças com idade inferior a 12 anos é permitida apenas se for o irmão da criança internada e por um curto período de tempo.

• Serviços de Apoio

- Gabinete do utente (Piso 0)
- Serviço Social
- Serviço religioso (Piso 2)
- 2 Salas para os pais (Piso 5) - Uma com instalações sanitárias e cacifos para guardarem objetos pessoais e uma outra onde podem repousar e fazer pequenas refeições.
- Refeitório (Piso 2) - funcionamento das 12h às 14h30 e das 19h às 21h30.
- Bar (Piso 1)

• Contactos Telefónicos

UCIN -XXXXXXXXX

- **Sites de Internet Úteis:**

www.lusoneonatologia.net/ - (*Sociedade Portuguesa de Neonatologia*)

www.xxs-prematuros.com/ - (*Associação Portuguesa de Apoio ao bebé prematuro*)

www.serprematuro.com/

www.sosamamentacao.org.pt/ - (*SOS Amamentação*)

Apêndice XVI

Norma de procedimento de articulação UCIN-Obstetrícia

Logotipo da Instituição <i>Pediatrics</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCINP – 3078	POL Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
---	--	---

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Procedimento de articulação entre UCIN/Obstetrícia.
FINALIDADE:	Uniformizar os cuidados de enfermagem de forma a facilitar o desenvolvimento do processo de vinculação Pais/RN internado na UCIN
DESTINATÁRIOS:	Equipa de enfermagem da UCINP e Obstetrícia
PALAVRAS-CHAVE:	UCIN; obstetrícia; vinculação; pais; RN

Autor (es)		Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão		Data de Revisão	

SIGLAS:

RN – Recém-nascido

SAPE - Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

DESCRIÇÃO:

Durante a gravidez (e por vezes antes da concepção) os pais desenvolvem uma imagem “ideal ou fantasiada” da criança. No momento do nascimento a criança torna-se num bebé real. A proximidade do bebé imaginário com o bebé real vai influenciar o processo de vinculação (Hockenberry & Wilson, 2014). A vinculação é um processo complexo que se desenvolve gradualmente e que é influenciado por múltiplos fatores, sendo um dos quais o tipo de contacto inicial entre os pais e o bebé (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os enfermeiros dos Serviços de Neonatologia e Obstetrícia deparam-se diariamente com a separação física mãe/filho com consequente alteração do processo de vinculação. Perspetivando o cliente obstétrico / neonatal como uma díade inseparável (RN/família) o enfermeiro deverá desenvolver atividades no sentido da facilitação e promoção do processo de vinculação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). Wong enfermagem da criança e do adolescente (9ªed). Loures: Lusociência.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Antes do parto			
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	RESPONSÁVEL	CALENDARIZAÇÃO	OBJETIVOS
Acompanhamento dos pais na primeira visita à UCIN, prévia ao nascimento da criança	Enfermeiro da UCIN e Enfermeiro de Obstetrícia	Assim que possível, de acordo com o estado clínico da mãe, ou apenas com o pai em caso de repouso absoluto da mãe.	<ul style="list-style-type: none">- Desmistificar dúvidas face à prematuridade e ao ambiente da UCIN- Integrar gradualmente os pais na equipa de saúde e no funcionamento da UCIN- Apoiar os pais na verbalização dos seus sentimentos, receios e expetativas face a um nascimento prematuro
Disponibilização aos pais de um álbum com fotografias e testemunhos de pais cujos bebés nasceram prematuros			
Após o parto			
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	RESPONSÁVEL	CALENDARIZAÇÃO	OBJETIVOS
Contacto telefónico para tomar conhecimento do serviço em que se encontra a mãe	Enfermeiro da UCIN	Logo após a situação de internamento do RN se encontrar estabilizada	<ul style="list-style-type: none">- Planear a visita à mãe- Tomar conhecimento do estado emocional/clínico da mãe- Facilitar a continuidade de cuidados à mãe/RN

Informação telefónica em caso de agravamento do estado do RN ou da mãe	Enfermeiro da UCIN e Enfermeiro do Puerpério	Sempre que necessário	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver a equipa de Enfermagem do Puerpério e da UCIN na evolução da situação da mãe e do RN - Orientar o apoio emocional à mãe e ajudá-la a vivenciar o momento de crise - Facilitar a continuidade dos cuidados à mãe/RN de forma integral e humanizada
Visita à mãe e possível envio da fotografia do RN, com contacto telefónico prévio ao enfermeiro responsável pela mãe	Enfermeiro da UCIN	Primeiras 12h de internamento do RN na UCIN	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a mãe e apresentar-se iniciando o estabelecimento de uma relação de empatia e de confiança - Preparar a mãe de forma gradual para a aceitação do seu bebé real, diferente do imaginário, e aparato tecnológico da Unidade - Minimizar os fatores da separação mãe/filho - Estimular a expressão de sentimentos e emoções da mãe - Informar a mãe e validar a informação que tem e que foi capaz de compreender em relação ao bebé - Identificar as necessidades de apoio emocional face à situação vivenciada - Promover a estimulação de produção de leite materno o mais precocemente possível (mediante situação clínica da mãe)

<p>Acompanhamento da mãe na 1ª visita ao RN</p>	<p>Enfermeiro do Puerpério e enfermeiro da UCIN</p>	<p>Logo que a situação clínica da mãe o permita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar sumariamente a Unidade à mãe - Disponibilizar gradualmente informações gerais das rotinas de segurança e higiene da Unidade e, se pertinente nesta fase, entregar o Guia de Acolhimento - Desmistificar o aparato tecnológico que rodeia o bebé, preparando-a para o ambiente da Unidade - Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas/preocupações e para a expressão de sentimentos face à situação do RN - Referenciar a mãe para o médico para esclarecimento da situação clínica do RN - Favorecer a construção e a intensificação da vinculação através da estimulação do contacto precoce mãe/RN - Incentivar a presença da mãe junto do RN - Fornecer o apoio emocional necessário à mãe - Envolver os Enfermeiros do Puerpério/UCIN na situação de crise dos pais.
<p>Registos de enfermagem na SAPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita dos pais e suas reações/sentimentos/atitude demonstradas - Contactos telefónicos efetuados entre os enfermeiros do 	<p>Enfermeiro do Puerpério e enfermeiro da UCIN</p>	<p>Em cada turno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a continuidade dos cuidados à mãe/RN - Realizar colheita de dados gradual para a avaliação inicial da família - Planear, operacionalizar e avaliar as intervenções de enfermagem - Envolver os Enfermeiros do Puerpério/UCIN na evolução

Puerpério/UCIN			da situação da mãe/RN
Informação telefónica prévia em caso de transferência do RN	Enfermeiro do Puerpério ou UCIN, consoante o serviço que transfere	Sempre que ocorrer transferência do RN	<ul style="list-style-type: none"> - Planear a admissão do RN no serviço para o qual é transferido - Promover a continuidade dos cuidados

