

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

Relatório de Estágio

**Cuidar da criança e da família em situação emergente -
a gestão da emocionalidade enquanto intervenção
terapêutica de enfermagem**

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores

Lisboa

2016



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

**Cuidar da criança e da família em situação emergente -
a gestão da emocionalidade enquanto intervenção
terapêutica de enfermagem**

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

“Mais importante do que prever é adquirir capacidade de adaptação às mudanças. É adotar novas atitudes. É mudar a visão do Mundo”

(José Paulo Silveira, s.d.)

DEDICATÓRIA

No término deste trabalho manifesto um sincero e profundo agradecimento a todas as pessoas que, com o seu apoio, sabedoria, colaboração, palavras de encorajamento, críticas e sugestões contribuíram na sua construção e sem os quais a sua concretização e o esforço nele investido teria sido inglório.

Agradeço todo o contributo, apoio, dedicação, humanismo e disponibilidade demonstradas pela Professora Doutora Paula Diogo.

Às Instituições de Saúde que acederam colaborar no meu estágio, não esquecendo em particular toda a colaboração prestada pelas enfermeiras orientadoras e enfermeiros dos diferentes campos de estágio pela sua disponibilidade e acolhimento.

A todas as crianças / famílias pela riqueza das experiências e oportunidades partilhadas.

À minha família e amigos, pelo amor, paciência, compreensão e ânimo, por me continuarem a incentivar a evoluir como pessoa e profissional, podendo assim realizar os meus sonhos. Através do carinho, força, apoio e dedicação transmitidos ao longo destes anos, foi possível atingir mais uma etapa da minha vida, com sucesso.

A todas as pessoas que me incentivaram neste percurso árduo, mas gratificante e enriquecedor e que tornaram possível que hoje me sinta melhor e mais feliz.

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

DGS – Direção-Geral de Saúde

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SO – Serviço de Observação

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

As situações emergentes em pediatria revestem-se de componentes com um elevado grau de complexidade, afetando a criança e a família física e emocionalmente, podendo desequilibrar todo o sistema familiar. Também os enfermeiros vivem situações de cuidados emocionalmente intensas podendo assim influenciar cada interação e a sua prática. Face a este problema – vivências emocionais intensas da Família e Enfermeiros, senti a necessidade de desenvolver a temática do cuidar da criança e da família em situação emergente, com o objetivo não só de desenvolver competências na intervenção à criança em situação emergente, mas também de incidir no cuidado à família e na gestão das suas emoções e sofrimento. Posto isto, o meu objeto de estudo foi a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem.

Ao considerar que os cuidados de enfermagem incorporam a perspetiva da totalidade e individualidade da pessoa, qualquer que seja o cliente alvo, justificou-se a mobilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman como conceção teórica orientadora e integrada numa Filosofia de Cuidados Centrados na Família. Este referencial defende que os clientes são vistos como um todo, cujas partes estão constantemente em interação dinâmica, considerando que existem cinco variáveis que podem ser afetadas no sistema do cliente, por diversos fatores de doença associados aos processos de saúde-doença.

O presente relatório, como produto final de um percurso, aspira a ser objeto dessa mesma avaliação. A metodologia de trabalho utilizada foi a descritiva, analítica e reflexiva, sustentada na reflexão sobre a prática e evidência científica de enfermagem e de outras disciplinas, mobilizada ao longo da experiência formativa. Pude perceber ao longo do percurso efetuado que o sistema cliente/família é acometido por diversos stressores, cabendo ao enfermeiro uma preparação adequada para uma prestação de cuidados de grande complexidade. As atividades desenvolvidas proporcionaram a aquisição de conhecimento aprofundado em enfermagem de saúde infantil e pediatria, e habilidades para uma prestação de cuidados de nível avançado, numa lógica de cuidado humano e holístico.

Palavras-chave: Enfermagem, Betty Neuman, Gestão emocional, Cliente Pediátrico, Criança e Jovem, Família

ABSTRACT

Due to the complexity of its components, emergency situations in pediatrics will ultimately affect physically and emotionally the child and family, and can disrupt the entire family system. Nurses also live emotionally intense situations which might affect their practice and interaction. Faced with this problem - intense emotional experiences of Family and nurses, I further explored the subject of caring for the child and family in emergency situations not only to develop competences when caring for the child in emergency situations but also to expand my competences when managing families' emotions and suffering throughout that process. The aim of my dissertation is therefore the management of emotions as a therapeutic nursing intervention.

Considering nursing care incorporates a perspective of totality and individuality of the self regardless the type of client, it becomes evident the reason behind using Betty Neuman's System Model as a theoretical conception to guide an integrated family care philosophy. This framework highlights an holistic perspective of the client, whose parts are constantly in dynamic interaction. It also considers there are five variables which might be affected in the client's system due to several factors associated to the wellness-illness process.

This dissertation, as a end product, aims to be an object of assessment of that pathway. The methodology used was descriptive, analytical and reflexive supported by the reflexion on practice and scientific evidence of nursing and other disciplines, acquired along the formative experience. Throughout this path I realized that since the client/family system is affected by various stressful factors, the nurse should be adequately prepared to the provision of care in highly complex situations. The undergone activities provided the acquisition of in-depth knowledge of child health and pediatric nursing, and the skills to provide advanced level of care, envisioning a humane and holistic perspective of care.

Keywords: Nursing, Betty Neuman, emotional management, Pediatric Client, Children and Youth, Family

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1.1. Cuidar em contexto Pediátrico	11
1.1.1. A Criança e a Família no Processo de Saúde/Doença	12
1.2. A Criança e sua Família em situação de emergência: emoções experienciadas	16
1.3. A Gestão da Emocionalidade em situação crítica: Intervenções de Enfermagem	18
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	22
2.1. Problema	22
2.2. Objeto de Estudo	22
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	24
3.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	25
3.2. Urgência Pediátrica	31
3.3. Serviço de Pediatria Médica	38
3.4. Cuidados Neonatais	42
3.4.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	42
3.4.2. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido	48
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

As crianças necessitam de uma proteção e de uma atenção especiais devido à sua vulnerabilidade. O facto de serem seres em desenvolvimento, em sucessiva conquista de autonomia e em íntima relação no binómio criança/família, exige cuidados de enfermagem especializados com vista a um cuidar em parceria para uma otimização dos processos saúde-doença. E, é precisamente desta exigência, que surge a necessidade de formação constante, suportada na integração de novos conhecimentos e reforço dos já existentes, com vista a um aprofundamento de competências, que permitam encarar com confiança os desafios de maior complexidade presentes e futuros.

Nesta linha de pensamento, o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, visa especificamente 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. Objetivando a aquisição de competências na presente área de especialização considerou-se pertinente aprofundar a problemática “Cuidar da Criança e da Família em Situação Emergente”, tendo como objeto de estudo “a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem”.

O presente relatório, como produto final de um percurso, aspira a ser objeto dessa mesma avaliação e reporta-se ao Estágio integrado no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria decorrido entre 28 de Setembro de 2015 a 14 de Fevereiro de 2016. Tem como objetivos clarificar a experiência ao relatar e analisar o processo de satisfação das necessidades de aprendizagem, assim como refletir criticamente todo o percurso, assumindo-se como um trabalho de reflexão que pretende testemunhar a aquisição das competências profissionais essenciais para uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).

Benner (2001) defende que a experiência é necessária para a perícia e que esta última se desenvolve em situações da prática real. Ao considerar que os cuidados de enfermagem incorporam a perspetiva da totalidade e individualidade da pessoa, qualquer que seja o cliente alvo, justifica-se a mobilização do Modelo de Sistemas de Betty Neuman como conceção teórica orientadora, integrada numa Filosofia de Cuidados Centrados na Família. Este referencial para a prática defende que os clientes são vistos como um todo

cujas partes estão constantemente em interação dinâmica, considerando que existem cinco variáveis que podem ser afetadas no sistema do cliente por diversos fatores de doença associados aos processos de saúde-doença, incluindo a variável emocional. Numa perspectiva global, o paradigma de pensamento de enfermagem que enforma esta experiência formativa, e este Relatório, é o da Transformação (Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, D., & Major, F., 1994) pois a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem é uma dimensão do processo de cuidar em enfermagem que contribui para transformar positivamente as vivências no processo de cuidados. Neste paradigma o holismo e o cuidar são conceitos em destaque e as intervenções dos enfermeiros face às respostas dos clientes no processo de saúde-doença são fulcrais. Saliento ainda que neste paradigma, os aspetos emocionais da prática de Enfermagem dizem respeito aos clientes e enfermeiros.

O presente relatório foi cimentado de acordo com o projeto de estágio e elaborado segundo uma metodologia descritiva, exploratória e reflexiva, suportada em atividades como diários de campo, jornais de aprendizagem, sessões de análise das práticas, estudos de caso e reflexões estruturadas. A prática reflexiva envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação, e a reflexão sobre a reflexão na ação (Schön, 1992). Zeichner (1993) considera que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como faz. A participação ativa na prestação de cuidados permitiu-me desenvolver um pensamento crítico sobre os cuidados prestados.

A estrutura do relatório compreende quatro capítulos principais dos quais consiste o enquadramento concetual, que pretende espelhar os principais aspetos da temática de cuidar da criança e da família em situação emergente; o problema e o objeto de estudo; a descrição e análise das atividades de estágio, onde estão espelhadas as intervenções de enfermagem e atividades desenvolvidas para atingir os objetivos específicos em cada contexto; e as competências adquiridas onde se refletem as competências de EEESCJ adquiridas ao longo deste percurso. Seguem-se as notas conclusivas, referências bibliográficas e os apêndices que contemplam alguns dos trabalhos realizados nos estágios.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Cuidar em contexto Pediátrico: orientações para a prática

A profissão de enfermagem está desde as suas origens ligada a uma intenção - o cuidar - incitando nos profissionais de saúde uma necessidade constante de desenvolver competências com vista à prestação de cuidados de excelência. Collière (1999, p.235) afirma que “cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente um acto de reciprocidade que prestamos à pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

A área pediátrica é uma área muito específica, e pela fragilidade de todos os elementos que a compõem requer profissionais de saúde habilitados, especializados e motivados para cuidar com excelência. O enfermeiro que trabalha na área de pediatria deverá possuir uma motivação e características específicas que lhe permitam um cuidar diferenciado e especializado atendendo a todas as dimensões envolventes.

A família constitui-se como o pilar da criança (Cruz, 2005). No seio da família ela aprende, constrói a sua personalidade, é socializada e recebe os cuidados essenciais para crescer e desenvolver-se de uma forma saudável. Em caso de doença, com necessidade de hospitalização, as famílias eram destituídas das suas funções, desorganizando a estrutura e dinâmica familiar. A inclusão da família nos cuidados à criança saudável ou doente é condição essencial para a saúde e bem-estar da criança e, é largamente reconhecida como uma boa prática em enfermagem pediátrica, correspondendo a um dos elementos centrais da filosofia de cuidados centrados na família, em que a família é uma constante na vida da criança.

Wright e Leahey (2002) defendem que a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde à criança. Para que a promoção do bem-estar da família e da criança sejam um objetivo superado é necessário que o enfermeiro desenvolva comportamentos com vista a obter um crescimento e desenvolvimento quer das dinâmicas familiares quer da própria criança em causa, tendo como parceiro ideal a família e os pais, já que são estes que melhor conhecem as crianças e que sendo os principais cuidadores, são parceiros privilegiados e determinantes para a excelência dos cuidados prestados. Winkelstein (2006) sublinha que o relacionamento terapêutico é o substrato fundamental para um cuidar de enfermagem, disseminando os

padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem. Relacionar-se é estar com o outro e, a comunicação quando utilizada de forma adequada é uma medida terapêutica eficaz considerada como um importante componente do cuidado, pois pode reduzir o stress psicológico do cliente à medida que também lhe permite a expressão de sentimentos e pensamentos que possam causar sofrimento (Araújo e Silva, 2007).

Assim, face à especificidade de cada família o Enfermeiro tem o papel de intervir na crise vivenciada, desenvolvendo um relação terapêutica – saber escutar, comunicar, acolher e compreender a situação que estão a experienciar, permitindo focalizar a sua atenção e consequente atuação nas necessidades da família, com o intuito de desenvolver mecanismos de *coping* face à doença da criança, a família que os permita perceber, aceitar e enfrentar a situação e lidar com o processo de doença da sua criança. Aqui, impera a Filosofia de Cuidados Centrados na Família, o Modelo de Parceria de Cuidados entre o enfermeiro o cliente pediátrico e a família/pessoa significativa, e a promoção de um Cuidar não traumático. Promover a presença dos pais durante o cuidar em enfermagem, implicá-los, escutá-los, demonstrar interesse e preocupação pelo bem-estar de ambos e personalizar os cuidados atendendo às suas necessidades específicas, são qualidades apreciadas pelos pais com um filho hospitalizado.

1.1.1. A Criança e a Família no Processo de Saúde/Doença

Existem, atualmente, inúmeras definições de família, no entanto o mais importante será olhar para a família como um todo, como uma emergência dos seus membros, o que a torna una e única (Alarcão, 2006). Sampaio e Gameiro (1985, p.9) definem-na como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”. Idealmente, o ambiente familiar é a maior fonte de segurança, proteção, afeto, bem-estar e apoio, permitindo que a criança exercite papéis e experiencie situações, sentimentos e atividades.

Algren (2006), refere que a doença e a hospitalização são efetivamente as primeiras crises que a criança tem de enfrentar, sublinhando que sobretudo nos primeiros anos de vida, as crianças são especialmente vulneráveis à doença e à hospitalização visto possuírem um número limitado de mecanismos para lidar com estas situações potenciais geradoras de stress. Acrescenta ainda que os principais fatores de stress da hospitalização confinam-se à separação, à perda do controlo, às lesões corporais e à dor. As crianças

reagem a estas adversidades de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, com as suas experiências anteriores de doença e hospitalização e com os seus próprios mecanismos de defesa adquiridos.

O impacto da doença na família tem assim repercussões a vários níveis, sintetizado por Góngora (2002) em três níveis: alterações estruturais, alterações processuais e alterações cognitivas e da resposta emocional. As alterações estruturais englobam todos os elementos que se modificam pela presença de um membro doente na família. Frequentemente o cuidador primário e a criança desenvolvem uma relação estreita e os restantes podem sentir-se abandonados e excluídos, agravando-se este sentimento se a criança tiver irmãos, podendo dar lugar ao ciúme e conseqüentemente ao desenvolvimento de sintomas físicos ou psicológicos, comportamentos desviantes, fracasso escolar, entre outros. Pode ocorrer a adoção de padrões rígidos de funcionamento que se traduz quando a família os adota na fase de crise, transportando-os para a fase crónica, sem ser modificada. Isto implica que a resposta de emergência caracterizada por uma mobilização de recursos físicos e emocionais na fase de crise, se mantém na fase crónica, mesmo não sendo tão necessários, uma vez que o doente já é capaz de assumir algumas das suas funções. Outra das alterações resultantes do impacto da doença na família, segundo Góngora (2002) são as alterações cognitivas e da resposta emocional. A doença vai amplificar todos os processos e conseqüentemente os processos emocionais. Os sentimentos vivenciados possuem uma origem múltipla: a presença da doença e suas incertezas, o papel dos tratamentos, problemas com os profissionais e com as instituições, a falta de informação e apoio e as limitações que a doença obriga são situações desencadeadoras de sentimentos ambivalentes. A ambivalência resulta da discrepância nos sentimentos que os familiares deveriam evidenciar por razões sociais, culturais, religiosas e pessoais e as que realmente evidenciam. Uma situação claramente ambivalente resulta da vontade em ajudar a criança e o sentimento inevitável de senti-lo como um fardo pela quantidade de cuidados e esforço pessoal que acarreta.

Assim, as experiências da doença e hospitalização resultam numa situação de crise para a criança e família, sendo esta avaliada e compreendida à luz da maturação dos seus membros. A capacidade de adaptação e reajuste a estas situações dependem de vários fatores: idade, estágio de desenvolvimento, maturidade, experiências anteriores, gravidade de diagnóstico, processo de vinculação, e recursos de suporte disponíveis.

O internamento hospitalar pode fazer com que a criança fique emocionalmente traumatizada, em maior grau do que a própria debilidade física provocada pela doença. Apesar de tudo isto, a hospitalização pode ser também benéfica. O benefício mais claro é sem dúvida a recuperação do seu estado de saúde. Para além deste efeito, a hospitalização pode ainda constituir uma oportunidade para a criança aprender a lidar com o stress e desenvolver mecanismos de confronto adequados. A socialização é também um benefício, podendo a criança alargar a sua rede social e partilhar experiências e conhecimentos com as outras crianças hospitalizadas, tal como refere Algren (2006). Barros (2003, p.75) sublinha ainda que “(...) uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo.”

A criança hospitalizada requer cuidados especiais que vão além do acompanhamento dos pais e envolvem a dedicação dos profissionais. Tais cuidados não se limitam à prestação de cuidados físicos e tratamentos clínicos, mas na observação das necessidades psicológicas, socioculturais e espirituais do cliente e na adoção de formas de relacionamento e comunicação adequadas ao desenvolvimento infantil (Soares & Vieira, 2004). No entanto, o cuidar em pediatria está intensamente revestido de ressonância emotiva e afetiva (Diogo, 2006) pelo que a relação enfermeiro-cliente como intervenção terapêutica implica também a gestão das emoções (Lopes, 2006; Diogo, 2015).

Sabe-se que a hospitalização significa para os pais a separação da criança, uma quebra na organização do quotidiano, sendo acompanhada por sentimentos de culpa e impotência. Abordar a hospitalização de uma criança no contexto da família, como refere Jorge (2004), é falar em separação, visto que mesmo que a presença da mãe e/ou outro cuidador seja constante existe sempre a separação em relação ao ambiente familiar físico e afetivo. Brazelton (2007) acrescenta que prever uma situação assustadora e desconhecida na presença dos pais é mais tranquilizador. Por seu lado, os pais ao participarem ativamente nos cuidados prestados aos seus filhos, sentem-se parte integrante da equipa, o que é fundamental para o seu ajustamento social e psicológico durante o período de hospitalização.

A presença dos pais durante a hospitalização permite a desculpabilização em relação à doença e/ou outra causa de internamento, restaurando a confiança relativa à capacidade para cuidar do seu filho. Por outro lado, a ansiedade dos pais também diminui pois estes acompanham a evolução da situação, participam nos cuidados prestados e são orientados e preparados para a continuidade da prestação de cuidados em casa no período pós-alta,

o que melhora o seu conhecimento. Para além destes aspetos, a hospitalização pode ainda constituir uma oportunidade para estabelecer uma relação aberta e de confiança com a equipa de saúde, assim como, a partilha de experiências com os outros pais, tal como refere Brazelton (2007).

Mediante a idade da criança as reações à hospitalização são, eventualmente, diferentes e adequadas ao seu estágio de desenvolvimento. Muitos estudos têm demonstrado que a hospitalização é uma experiência que afeta mais a primeira infância e o período pré-escolar, entre os 6 meses e os 4 anos de idade. Estes estudos referem este período como o mais problemático, visto tratar-se de um período em que a separação dos pais e a descontinuidade dos cuidados educativos é mais inquietante, tal como os cuidados prestados são percebidos como mais assustadores, como menciona Barros (2003). Deste modo os bebés mais pequenos estão em menor risco visto ainda não terem estabelecido relações de vinculação bastante fortes e que pudessem ser colocadas em risco com uma separação ainda que breve. Por seu lado, as crianças mais velhas estão mais preparadas devido às suas capacidades cognitivas, para conseguirem perceber a importância dos tratamentos, da separação e poderem controlar alguns dos seus medos e ansiedades.

Assim sendo, o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica não se subscrive unicamente à prestação de cuidados especializados na área, mas também a atender às necessidades emocionais, de adaptação, ansiedade e medos, que a criança, os seus pais e demais família enfrentam mediante a situação de hospitalização, assim como, proporcionar as melhores condições de acolhimento/esclarecimento de dúvidas/informação relativas a dinâmicas de serviço e/ou relativos à patologia do filho, por forma a assegurar o seu harmonioso e integral desenvolvimento físico, intelectual e moral, zelando pela sua segurança e saúde.

Defende-se que o processo para se satisfazer as necessidades é a adaptação que tende a ser abrangente, dinâmica e contínua, dada à existência de múltiplas dimensões da pessoa – biológico, psicológico, social, cultural e espiritual. A pessoa é representada assim como um sistema aberto, constituída por um centro, e rodeada por fatores básicos de sobrevivência comuns ao ser pessoa.

Neuman acrescenta, ainda a este o modelo, a importância que o enfermeiro detém nos vários níveis de intervenção e como isso é crucial para que o sistema da pessoa mantenha a sua estabilidade e equilíbrio. Assim, o modelo apresenta 3 níveis de prevenção: primária –

identificação e redução de fatores stressores ambientais para prevenir uma possível reação do sistema e a manutenção do seu bem-estar; secundária – intervenção e tratamento da sintomatologia resultante da quebra da linha de defesa do cliente pelos stressores; terciária – intervenções de suporte e auxílio na reabilitação do sistema da pessoa (Ume-Nwagbo, Dewan e Lowry, 2006). O modelo de Neuman adequa-se, assim, à imagem clara de como as emoções poderão atuar como agente stressor capaz de provocar um desequilíbrio no sistema da criança e sua família. Por sua vez o enfermeiro deverá atuar com base nos 3 níveis de prevenção, selecionando aquele que melhor se adequa às necessidades de reorganização do sistema e a fim de delimitar o impacto dos stressores advenientes. A enfermagem ao auxiliar na formulação de mecanismos de resiliência e de coping no próprio sistema, este consegue alcançar um estado de reconstituição, sendo este o estado de adaptação aos stressores de forma a retomar ao seu bem-estar.

1.2 A Criança e sua Família em situação de emergência: emoções experienciadas

Em situações de emergência a tendência da equipa é trabalhar com rapidez, para minimizar as situações de risco de vida. Entretanto, poucos minutos restam para permitir a participação da criança, quando ela mostra resistência, não cooperando com os sucessivos procedimentos como: chamá-la pelo nome, determinar a sua idade, avaliar o nível de consciência, informar os pais, conhecer o estado geral de saúde e os problemas que podem interferir nas medidas terapêuticas. Outras medidas visam assegurar esta proximidade com a criança e sua família, aceitar as reações emocionais como o medo, a dor e preservar o contato pais e filho (Hockenberry & Wilson, 2014). Uma das experiências mais traumáticas do hospital para a criança e para os pais é uma admissão de emergência. A doença súbita ou lesão deixa pouco tempo para a preparação e explicação. Por vezes a admissão de emergência é agravada pela admissão numa unidade de cuidados intensivos ou a necessidade de cirurgia imediata. No entanto, mesmo em casos que requerem apenas tratamento ambulatorio, a criança está exposta a um ambiente estranho e assustador, e a experiências que podem provocar medo ou causar dor. Assim, cada emergência clínica requer uma intervenção psicológica para reduzir o medo e a ansiedade (Sanders, 2014).

Sendo os pais (a família) os maiores conhecedores da criança e os primeiros prestadores de cuidados, estes quando recorrem ao hospital por motivo de doença, seja ela aguda ou crónica, deparam-se com uma situação de crise, um período de desequilíbrio físico e emocional, que por um determinado tempo diminui a sua capacidade para

enfrentar o problema. Este sofrimento que surge na família quando a criança adoece pode ser devido à gravidade da doença e à ansiedade que os pais vivem em relação à sua participação na prestação de cuidados, e na capacidade de conseguir lidar com as emoções quando estão junto dos filhos.

Muitas vezes, os pais deparam-se com a possibilidade de perder o seu filho e com tal têm diversas respostas emocionais, entre elas, o medo. O medo e ansiedade relacionados com a gravidade da doença e tipo de procedimentos e tratamentos necessários, assim como o conseqüente trauma e dor que possam ser provocados à criança (Hockenberry & Wilson, 2014) . Segundo Kübler-Ross (1996), os familiares de crianças gravemente doentes experimentam uma sequência de sentimentos comuns a todos os seres humanos quando confrontados com situações trágicas: negação, raiva, negociação, depressão e por último aceitação. Esses estágios manifestam respostas de luta contra a ameaça de perda, inclusive de perdas parciais (sequelas ou incapacidades) ou de morte da criança. Raramente as famílias estão preparadas para lidar com as numerosas decisões que têm de ser tomadas quando uma criança está a morrer. Quando a morte é inesperada como no caso de acidente, a confusão dos serviços de emergência e a possibilidade de cuidados intensivos apresentam desafios para os pais, quando estes são chamados a fazer escolhas difíceis (Ethier, 2014).

Além do comprometimento físico e vital que acomete a criança numa condição de emergência, não devemos esquecer a carga emocional que os pais vivem naqueles momentos, necessitando de comunicação e informações para amenizar ou aliviar as suas emoções. É importante não esquecer os irmãos, que sofrem a quebra da estrutura familiar, e a perda que significa para eles o envolvimento dos pais com a criança doente. Eles podem sentir medo de adoecer ou apresentar culpa por se sentirem responsáveis pela doença do irmão ou irmã.

Por um lado, o enfermeiro deve possuir sensibilidade para as emoções na relação com os pais, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação. É importante que a equipa reconheça que a criança e a sua família têm uma história, e as necessidades e solicitações emergem de cada uma conforme o sentido, o significado que atribuem às experiências vividas. Essas necessidades e solicitações só se manifestam de modo autêntico quando a família se sente acolhida e compreendida por uma equipa que tem a intenção de ajudar (Valle, 1997). Por outro lado, um estado emocional positivo e tranquilo, resultante de uma satisfação completa no trabalho, promove naturalmente uma

tendência ao desenvolvimento de habilidades no relacionamento com clientes, familiares e membros da equipa (Gomes, 1994). Nestes momentos os integrantes da equipa passam a compartilhar as manifestações psicossociais da família, podendo tornar-se elementos de transmissão de calma, tranquilidade. Nos serviços de emergências há situações em que os sentimentos de stress e dor fazem com que o enfermeiro se sinta limitado na atenção à família (Serrano, Pacheco, Perez, Peña, & Arranz, 1997).

Neuman no seu modelo de sistemas defende a importância do enfermeiro se deter nos vários níveis de intervenção e como isso é crucial para que o sistema da pessoa mantenha a sua estabilidade e equilíbrio. Assim, o modelo apresenta 3 níveis de prevenção: primária – identificação e redução de fatores stressores ambientais para prevenir uma possível reação do sistema e a manutenção do seu bem-estar; secundária – intervenção e tratamento da sintomatologia resultante da quebra da linha de defesa do cliente pelos stressores; terciária – intervenções de suporte e auxílio na reabilitação do sistema da pessoa (Ume-Nwagbo, Dewan & Lowry, 2006).

O modelo de Neuman adequa-se, assim, à imagem clara de como o medo e outras emoções vividas pelo sistema criança-família em contexto hospitalar, podem constituir-se como agentes stressores capazes de provocar um desequilíbrio no seu sistema. Por sua vez o enfermeiro deverá atuar aos níveis de prevenção, sobretudo, da prevenção primária a fim de reduzir esse mesmo impacto.

1.3 A Gestão da Emocionalidade em situação crítica: Intervenções de Enfermagem

Como profissionais de saúde mostramos empatia perante as emoções dos outros, mas, também tentamos adequar e gerir essas mesmas emoções, principalmente quando se manifestam de uma forma perturbadora. Consideremos as emoções, segundo Damásio (1999, p.72), como “conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que (...) desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou de outra, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno”. Induz-se que a emoção é uma reação que apresentamos perante determinado acontecimento e por isso limitativa no tempo. A ativação de uma emoção tem a finalidade de preparar o organismo para se adaptar e isso tem resultados imediatos nas alterações do estado do próprio organismo, sendo que algumas das componentes das emoções são imediatamente

percecionadas, ao contrário de outras que se revelam como manifestações psicofisiológicas e mais difíceis de detetar (Damásio, 2001).

As emoções podem classificar-se como emoções básicas (o medo, a raiva, a surpresa, a tristeza, a felicidade ou a aversão) quase que inatas; emoções mais complexas como as sociais (a simpatia, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, a inveja, a gratidão, a admiração e o desprezo); e por fim, existem as emoções de fundo (como o bem-estar/mal-estar, a calma/tensão) que se revelam como manifestações subtis presentes no perfil dos movimentos dos membros ou do corpo inteiro, bem como nas expressões faciais (Damásio, 2003).

Para além da preparação técnico-científica e da habilidade em estabelecer um relacionamento efetivo com a criança e família, o enfermeiro necessita de ter uma relação significativa com a tríade e simultaneamente permanecer suficientemente separado para distinguir os seus próprios sentimentos e necessidades, constituindo um desafio para o profissional. De facto, a investigação sobre as emoções no cuidar em enfermagem tem vindo a revelar que a gestão emocional é essencial nas interações terapêuticas, sendo uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo outro, mas para, simultaneamente, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo, 2006).

Neuman refere a importância que o enfermeiro detém nos vários níveis de intervenção e como isso é crucial para que o sistema da pessoa mantenha a sua estabilidade e equilíbrio, o enfermeiro deverá atuar com base nos 3 níveis de prevenção, selecionando aquele que melhor se adequa às necessidades de reorganização do sistema e a fim de delimitar o impacto dos stressores advenientes.

O cerne é cuidar como um processo relacional que tem em conta as emoções e os sentimentos, em que o enfermeiro em cada situação interacional reconhece o modo de lidar com a emoção expressa pela criança e família e o modo de criar contextos relacionais capazes de, terapêuticamente, gerir e prevenir a vivência dessas mesmas emoções perturbadoras (Diogo, 2006) que afetam o equilíbrio do sistema.

Os enfermeiros que trabalham no serviço de pediatria têm um vínculo afetivo contínuo com as crianças, manifestado pelos sentimentos que permeiam as relações com esses clientes e as suas famílias. No serviço de emergência essa relação é rápida pela natureza fugaz do encontro entre o paciente crítico e os enfermeiros, mas pode ser

aprofundada e expressada por meio dos sentimentos que afloram na situação de emergência.

Não obstante, os enfermeiros precisam de “momentos de separação” das crianças e dos seus familiares suficientemente para distinguir os seus próprios sentimentos e necessidades; definir limites entre a esfera pessoal e profissional. Os enfermeiros em pediatria necessitam de ter uma relação significativa com as crianças e suas famílias e ao mesmo tempo permanecerem suficientemente conscientes de si para distinguir os seus próprios sentimentos e necessidades (Hockenberry & Barrera, 2014). Sobre este aspeto Valle (1997) assinala que os profissionais da equipa para não se envolverem em situações emocionalmente difíceis, se impermeabilizam emocionalmente, mostrando insensibilidade aos seus clientes; prestam cuidados impessoais aos clientes, centrando-se em tarefas e rotinas mecânicas para conseguirem um afastamento psicológico de algo que pode levá-los a depararem-se com sua própria fragilidade. É preciso, na opinião de Sánchez, Lucas, Garcia-Ochoa, & Sánchez (2001), procurar estratégias que facilitem uma boa estrutura emocional dos membros da equipa, diminuindo as tensões e os problemas, e favorecendo uma aceitável relação interpessoal entre seus membros e os clientes.

McQueen (2004) alerta para uma questão essencial: os enfermeiros ao adotarem os valores do holismo, parceria e proximidade procuram conhecer o cliente enquanto pessoa, porém experienciam as respostas emocionais do seu sofrimento. Encontram-se mais expostos ao *distress* físico e emocional e têm que lidar com tais emoções como parte do seu trabalho, tornando-se necessário a gestão das suas emoções para conseguirem oferecer ajuda e suporte ao cliente. Por outro lado, também experimentam sentimentos e emoções positivas, as quais são gratificantes pelo cuidado prestado.

A investigação sobre as emoções no cuidar de enfermagem revela que o trabalho emocional é essencial na relação de cuidados, é uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade afetiva e compreensão pelo Outro e lidar, simultaneamente, com a influência das emoções na sua pessoa (Diogo, 2015). Aprender a perceber emoções e sentimentos tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é uma fonte incomensurável de saberes na prática de Enfermagem (Collière, 2003).

O Trabalho emocional em enfermagem (Smith, 2012) está implícito na construção da relação de cuidados (Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcober & Holman, 2007), que implica a gestão de sentimentos negativos de modo a que estes se transformem numa experiência

não-perturbadora. Significa cuidar dos clientes transmitindo tranquilidade e calma mas também segurança, criando um ambiente afetivo e positivo, de modo a que este se sinta cuidado e confiante. Nesta lógica, a afetividade é considerada como estratégia específica necessária para regular as próprias emoções e as emoções dos outros.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

2.1. Problema

A situação de emergência é por si só um momento que envolve elevados níveis de stress, ansiedade, medo, angústia, revolta, não só para quem está sujeito a esta experiência mas também para os seus entes mais próximos e para os profissionais de saúde. Quando esta situação ocorre em crianças, todas estas emoções e sentimentos aumentam exponencialmente, não só pela conceção comum de vulnerabilidade inerente a esta faixa etária mas também pela vivência de uma situação de risco pelo núcleo criança/família.

2.2. Objeto de estudo

O enfermeiro durante a sua prática de cuidados está em interação com indivíduos saudáveis ou doentes, desempenhando um papel importante na integração física e psicossocial daqueles que necessitam da prestação de cuidados de enfermagem. A diversidade de conhecimentos e capacidades que caracterizam a sua formação profissional, orientada para um trabalho com sensibilidade, afetividade humana e intencionalidade terapêutica, leva a um particular reconhecimento da comunidade, em virtude do carácter social, compreensivo e socio-afetivo que qualifica as suas ações. Dessa forma, diante uma criança doente que se encontra entre a vida e a morte, ocorre nestes profissionais uma diversidade de respostas físicas e emocionais, produto da reação intensa a essas experiências e das relações que se estabelecem com esses clientes, como consequência da sensibilidade característica dos seres humanos e, em especial, dos profissionais que atuam no serviço pediátrico.

As emergências são experiências traumáticas para criança e família, nomeadamente os pais. Muitas vezes, o diagnóstico repentino de uma doença aguda ou uma lesão traumática leva à admissão na unidade de emergência, onde esta é submetida à rápida intervenção da equipa médica e de enfermagem, sendo que a atuação dessa equipa repercute-se na interação com a família, nas situações que geram ansiedade e outras emoções perturbadoras, e nas possibilidades de prevenir outras complicações.

Enquanto enfermeira no percurso para a especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, sinto a necessidade não só de me apetrechar de estratégias e de contribuir para preparar a equipa de enfermagem para a intervenção à criança em situação emergente, mas também incidir no cuidado à família e na gestão das suas emoções e sofrimento.

Cabe às instituições de saúde e aos seus profissionais manterem formação atualizada e o treino de atuação, segundo as linhas de orientação existentes, para que as situações de emergência na criança possam ser superadas da forma mais positiva possível, não só no que concerne ao sucesso da atuação mas também ao apoio emocional que é prestado à família da criança. É premente que na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente da equipa de enfermagem, se dê o devido enfoque à preparação para a gestão dos aspetos emocionais e do sofrimento extremo que a família está sujeita quando se depara, não só com a criança em situação emergente, estando inerente a possibilidade da sua morte, mas também com toda a panóplia de procedimentos e tecnologia, muitas vezes incompreendidos pela família e potencialmente stressores.

O “equilíbrio e bem-estar emocional” do enfermeiro através do desenvolvimento de um trabalho emocional, torna-se vital na adequação da sua atuação e, como tal, há que privilegiar momentos de reflexão sobre a prática e sobre os sentimentos e emoções vividos, para que não sejam recalcados e criadas falsas representações sobre a prática. É, também, da competência do enfermeiro especialista adequar, não só a sua atuação neste campo, mas também liderar a equipa de enfermagem na busca das competências adequadas a essa mesma atuação.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

A Enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. É socialmente construída e coletivamente concretizada (Benner, 2001). Segundo a autora supracitada, só é possível tornarmo-nos peritos numa determinada área depois de a experienciarmos, mas concomitantemente tem que ser uma experiência assente na reflexão sobre a prática.

O percurso delineado permitiu a mobilização de conhecimentos adquiridos no curso base em Enfermagem e na experiência profissional na área de saúde infantil e pediatria. Mas para que as competências de EEESCJ fossem adquiridas e desenvolvidas, as bases teóricas consolidadas no início deste percurso de especialização foram mobilizadas na experiência prática nos diferentes contextos de estágio. Os estágios constituem assim um momento ímpar que conjuga a teoria com a prática, e permite a reflexão sobre as experiências vivenciadas.

Face ao exposto e de acordo com o cronograma previamente delineado (Apêndice I) foram definidos os cinco locais de estágio, os objetivos e as atividades a desenvolver, considerando o preconizado no Regulamento de Competências Específicas do EEESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2011c), que define as seguintes competências a desenvolver: assistir a criança/jovem e 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.

Ao longo deste percurso elaborei um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II), que apresentei às enfermeira chefes e enfermeiras orientadoras de estágio em cada contexto, contendo os objetivos e atividades que me propunha realizar, no entanto, o mesmo ia sendo reformulado à medida que ia conhecendo os serviços, profissionais de saúde e clientes, ou seja, após um diagnóstico inicial adequava as atividades a desenvolver.

O percurso para a aquisição de competências teve início numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, seguindo-se a Urgência Pediátrica, um Serviço de Internamento de Pediatria, uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e uma Unidade de Cuidados Especializados ao Recém-Nascido, atendendo a uma lógica de progressiva complexidade.

Os objetivos gerais que defini foram:

- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista no cuidado à Criança/Jovem e Família, em situações de crescente complexidade e em diferentes contextos de cuidados pediátricos;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional da criança/jovem e família e dos Enfermeiros vivida em situação de emergência.

As experiências de estágio serão descritas e analisadas separadamente e de acordo com os objetivos específicos que foram delineados.

3.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Este estágio decorreu de 28 de Setembro a 25 de Outubro de acordo com o cronograma delineado (Apêndice II) numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na Área de Lisboa (UCSP).

Objetivo específico 1 - Avaliar o desenvolvimento e crescimento da criança/jovem

A proximidade existente dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários perante a população é evidente, pelo que a promoção da saúde pode ser posta em prática diariamente através dos cuidados prestados. Tal como refere a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2007, p.231) existe um grande potencial nos cuidados de enfermagem prestados na educação aos pais e família das crianças com relevo para “ (...) o papel a desempenhar pela equipa de enfermagem nos cuidados primários que tem uma posição privilegiada de relação com as famílias, mais acessível, menos informal e mais disponível”. Acresce ainda que é essencial conhecer a população que procura os Cuidados de Saúde Primários para cada extensão, de forma a adequarmos a linguagem e modo de atuação.

O facto de trabalhar no contexto hospitalar tornou este estágio num desafio de aprendizagem constante e de reflexão contínua. A comunidade é um misto de oportunidades de aprendizagem a todos os níveis. Obter o máximo de conhecimentos/experiência somente iria beneficiar a prestação de cuidados e mobilização de competências como profissional nesta e noutras áreas de atuação.

Vivemos num mundo global em que existem cada vez mais sociedades multiculturais, uma vez que os indivíduos conhecem outras culturas através dos processos de socialização, aprendem outras formas de viver e estar, adaptando-se a novas realidades.

O indivíduo, dentro de cada cultura, vai desenvolver-se e formar a sua identidade, através de uma interação entre o meio e a saúde. Perante esta diversificação de culturas e cuidados, vários estudiosos abordam o cuidar transcultural (Leininger,1988; Collière;1999; Hesbeen, 2001;Watson,2002), defendendo que o cuidar deve valorizar as crenças, costumes e meio em que as pessoas estão inseridas, alcançando, deste modo, laços de confiança e uma relação terapêutica que promovam uma manifestação de necessidades mais ativa.

Tive oportunidade de **realizar visitas domiciliárias** em conjunto com uma Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária. Na UCSP onde realizei estágio, a visita domiciliária é realizada geralmente quando é necessário despistar situações de risco social, averiguar a situação familiar de crianças que não possuem o Plano Nacional de vacinação atualizado ou não cumprem as consultas de enfermagem de Saúde infantil e Juvenil, entre outros casos. Loveland-Cherry (1999) e Takahashi e Oliveira (2001) referem que a visita domiciliária é o terreno privilegiado na educação para a saúde. Facilita um melhor conhecimento das pessoas cuidadas no seu contexto familiar, cultural e social, proporcionando a sua autonomia e corresponsabilidade nos cuidados, reduzindo os riscos de saúde e promovendo a saúde das populações. O ambiente domiciliário incita o enfermeiro a adquirir determinadas competências, como ser criativo, flexível, polivalente e a estar preparado para prestar cuidados holísticos ao indivíduo e família. Permite o desenvolvimento de técnicas de comunicação, de conhecimentos e atitudes e o aperfeiçoamento das relações com o cliente, com a rede de apoio social e com outros profissionais de saúde. Também favorece o desenvolvimento da observação, da iniciativa, do pensamento crítico na tomada de decisão (Stanhope, 1999; Rice, Musser & Lindquist, 2004).

As **consultas de enfermagem de saúde infantil** dizem respeito a consultas programadas em idades-chave estabelecidas no Boletim de saúde infantil e Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, com o intuito de avaliar o desenvolvimento da criança e identificar precocemente sinais de alerta para se poder intervir, aconselhar e estimular a família atempadamente. Apercebi-me que as consultas de saúde infantil são direcionadas para a criança com enfoque na família e no meio em que estão inseridas, procedendo-se a uma recolha de informação alargada, de modo a poder realizar-se uma Intervenção Precoce. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destas crianças/famílias, procura-se desenvolver os seus mecanismos de resiliência, através de

uma comunicação empática. Este trabalho com a família conduz assim a uma Intervenção Precoce que vai promover um plano de apoio que inclui: o desenvolvimento integral da criança, a utilização de recursos da comunidade e redes de apoio eficazes, o desenvolvimento das competências parentais e autonomia da família. Nas consultas de saúde infantil e pediatria, concentrei-me no reconhecimento das necessidades da criança, da família e da comunidade/ambiente em que estão inseridas.

Os princípios éticos que regem os cuidados que prestamos como o princípio de autonomia, o princípio de beneficência, o princípio de não maleficência e o princípio da justiça estiveram sempre presentes. Acompanhei crianças dos primeiros dias de vida até aos dezassete anos. **Participei e colaborei ativamente nos cuidados** com a enfermeira orientadora e posteriormente, mais autonomamente.

Durante a realização das consultas e do **teste de diagnóstico precoce** surgiram diversas necessidades de **compensação e apoio/educação**, que procurei dar resposta: aleitamento materno/artificial, adequar os alimentos à idade da criança, cuidados de higiene, medidas de alívio das cólicas, medidas de segurança (por exemplo o transporte da criança) e de conforto. A **realização dos exames globais de saúde**, permitiu avaliar passo a passo o desenvolvimento biológico, psicossocial, cognitivo, moral, espiritual, social e do autoconceito.

Os Cuidados de Saúde Primários têm um papel primordial pois fazem parte da vida da comunidade e estão envolvidos na sua dinâmica quotidiana permitindo aos profissionais observar a relação entre a criança e a família/pessoa significativa, bem como os avanços no desenvolvimento psicomotor da criança.

Durante a participação nas consultas de saúde infantil tive a oportunidade para **aplicar escalas de desenvolvimento infantil**, nomeadamente a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada. A mesma está incluída no programa informático dos Cuidados de Saúde Primários permite conhecer melhor os “parâmetros normais do desenvolvimento”. Estes testes servem como um padrão de comparação mas é fundamental compreender que cada criança tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento, independentemente da sua idade (Direção Geral de Saúde, 2013).

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada é dividida em 4 itens globais: Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição e Linguagem e Comportamento e Adaptação Social. É composta pelas seguintes idades: 4-6 semanas, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos e 5

anos. O cruzamento de cada item com cada idade contempla pontos de avaliação, baseados nas competências que devem estar presentes em cada idade avaliada. A avaliação é feita através da observação da criança, da sua interação com os pais/família/pessoa significativa e com base nos aspetos e dados que estes referem ao profissional de saúde. A escala é utilizada para identificar as competências e necessidades que a criança apresenta em cada fase de desenvolvimento. Segundo Sheridan (2011), o enfermeiro deve transmitir a informação através de uma comunicação empática e informativa, de forma clara, sensível e objetiva, escutando e valorizando o que é dito pelos pais/família/pessoa significativa. Para cada idade-chave existe ainda uma lista de atividades promotoras de desenvolvimento, que devem ser recomendadas aos pais/cuidadores (Direção Geral de Saúde, 2013).

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada permite olhar a criança até aos 5 anos de idade de uma forma simples e sistemática, avaliando o seu desenvolvimento e permitindo estarmos atentos a alterações ou sinais de alarme que levem à necessidade de realizar uma avaliação mais aprofundada e completa. Denota-se claramente que hoje em dia as crianças são detentoras de competências que não possuíam quando a escala foi pensada e, portanto, poder-se-á dar o caso da mesma se encontrar desatualizada ou pouco adequada em determinados casos mas é essencial na identificação de sinais de alarme que devem ser tidos em consideração. Segundo Pinto (2009), muitas escalas já foram desenvolvidas a partir da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada que incluem uma abordagem às competências “comportamentais e emocionais” da criança e recorrendo à utilização de novos materiais.

A realização das diversas consultas de saúde infantil foi uma experiência muito positiva, proporcionando-me uma aprendizagem sistemática, com cada criança/família, a todos os níveis. Aproveitando as diferenças culturais com que me deparei, enriqueci a forma como cuidar na multiculturalidade e tal como dizem Barradas *et al.* (2009, p.13) “ (...) esta aprendizagem provoca um crescimento contínuo como pessoa e, muitas vezes, perante as situações de saúde de evolução rápida, questionamo-nos sobre os valores espirituais e de como estes influenciam muitas vezes a nossa vida”.

Objetivo específico 2 - Desenvolver estratégias de gestão emocional integradas no processo relacional com a criança e família em contexto de consulta de saúde infantil e pediatria

Em saúde infantil e pediatria, em que a prestação de cuidados se direciona para a criança e sua família, a versatilidade, a criatividade e a adaptabilidade são sem dúvida cruciais para a adequação dos métodos de comunicação. Cabe então ao enfermeiro, validar constantemente as estratégias que utiliza, tendo em conta o *feedback* que obtém dos clientes, na procura de uma constante evolução e aprimoramento desta competência. Isto implica que a equipa de enfermagem compreenda e utilize técnicas de escuta ativa e onde as mensagens verbais e não-verbais devem ser concordantes (Hockenberry & Wilson, 2014). Por outro lado, é fundamental compreender que na maioria das vezes, o ambiente onde normalmente o profissional de enfermagem estabelece contacto, é totalmente alheio à criança e sua família o que, só por si, constitui um fator de grande ansiedade que acaba por influenciar as respostas emocionais aos pedidos requeridos pelos enfermeiros.

Assim sendo, elaborei um **registo reflexivo das interações dos Enfermeiros de Saúde Infantil com o Cliente e Família (Apêndice III)**. O contato da criança/jovem com as instituições de saúde são vividos com grande angústia, as quais geram alterações comportamentais associadas à diversidade de condutas stressantes a que são submetidos quando aí se deslocam (vacinação, o exame físico, o contacto com o profissional de saúde, os materiais hospitalares). Estas são influenciadas pelo seu desenvolvimento, medo do desconhecido, pelas experiências anteriores, pela capacidade de *coping* e pelo apoio disponível (instituição/família/profissionais) (Magnabosco, Tonelli Souza, 2008). Nas instituições de saúde os enfermeiros, bem como todos os profissionais da saúde, devem concentrar esforços no sentido de canalizar meios que proporcionem uma estadia ou, que a experiência vivida na instituição de saúde, seja o menos traumatizante possível para a criança, e que seja prestada desde a admissão, uma assistência humanizada em todos os cuidados.

No decorrer do estágio, ao **implementar as técnicas de distração e a brincadeira terapêutica** pude efetivamente comprovar que estas, apesar de muitas vezes se mostrarem falíveis, são geralmente bem-sucedidas, uma vez que brincar faz parte do desenvolvimento da própria criança, mas também permite uma melhor vivência destes atos e que certamente nos trarão ganhos em saúde, seja ao nível da aderência aos cuidados de saúde, como nos índices de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Circunstancialmente, uma das formas mais adequadas e fáceis de ganhar a confiança da criança e, em simultâneo, estabelecer uma relação é começar por se ser carinhoso e afetuoso com a mesma. Diogo (2006, p. 144), também contempla esta visão dos afetos na perspetiva do cuidar pediátrico ao explicar que “cuidar de crianças e jovens intensifica a sensibilidade emocional dos cuidados, uma vez que a idade do

cliente constitui um elemento que vai modular a experiência humana de sentir do prestador de cuidados”.

Na atualidade, a presença da família ou dos pais junto dos seus filhos (crianças) durante determinados procedimentos ou cuidados de saúde, muito enfatizada pela Declaração dos Direitos das Crianças (1959) e pela Carta da Criança hospitalizada (1988), é inquestionável e indiscutível. Com isto, assistimos ao abandono gradual do sinónimo de criança para o substituir por um sistema único que engloba a criança e sua família e passámos a conceptualizar esse conjunto como um todo que interage entre si. Na verdade a vacinação foi um bom exemplo disso, uma vez que pude observar como diferentes clientes-sistemas apresentavam diversos comportamentos de acordo com o seu grau de conhecimento, preparação ou estilo de confronto. É legítimo referir que, pais que se apresentem em conjunto com o seu filho para a vacinação do mesmo e mantenham uma atitude calma e colaborante com os enfermeiros e com os seus filhos, estes normalmente tendem a apresentar-se mais calmos e menos ansiosos. Por outro lado, e de acordo com (Barros, 2003) os pais ansiosos têm filhos mais queixosos e mais difíceis de tratar.

Tendo em conta o sistema familiar da criança percebi que o meu propósito deveria incidir, numa abordagem preventiva primária reforçando, mais uma vez, a sua resposta conjunta aos potenciais stressores. Ou seja, “as the individual client, a family systems approach by the caregiver becomes ‘a shared caregiver role’ to help conserve family systems energy as it moves toward optimal stability or wellness.” (Neuman, 1995, p. 141). Por outro lado, importa também reconhecer o papel da família, não só como um sistema uno que deve manter o seu equilíbrio, mas onde os pais têm um desempenho importante como parceiros nas tomadas de decisão e no cuidar da saúde dos seus filhos. Dentro desta perspetiva cada vez mais se defende que

é essencial o reconhecimento dos pais como elementos ativos e responsáveis da equipa de saúde pediátrica, valorizando o seu papel junto do filho, encarando-os como o elo de ligação e de comunicação entre o técnico e a criança, realizando um trabalho de parceria que promova o seu papel e diminua a perceção de sentimentos de impotência e frustração, e da perda do seu papel parental (Rodrigues & Diogo *apud* Monteiro, 2003, p.83).

Objetivo específico 3 - Identificar as estratégias que promovam a educação para a saúde

a procura da qualidade do serviço de saúde deve ter como grande finalidade a construção de respostas adequadas às necessidades das crianças, adolescentes e pais que a ele recorrem. Tal só é possível se intencionalmente a organização assumir objetivos claros de qualidade e arquitetar processos desafiadores de boas práticas. A motivação e o prestígio dos seus profissionais de saúde serão assim natural consequência de uma forma de estar, serão o garante de uma desejável e continuada evolução. Em Saúde a Excelência tem de ser uma exigência permanente. (Xavier, 2006, p.26).

O enfermeiro no seu dia-a-dia de trabalho depara-se com a necessidade de resolver diversas situações e para isso tem de ter competência para agir, ou seja, mobilizar os saberes de forma a prestar cuidados de enfermagem com eficácia e eficiência, sendo um grande desafio o desenvolver conhecimentos específicos face à complexidade dos cuidados de saúde. Alarcão (1995), refere que ser enfermeiro implica ser competente, isto é ser capaz de num determinado momento mobilizar um conjunto de conhecimentos e capacidades. O enfermeiro competente é aquele que sabe ir para além da prescrição, sabe agir e tomar iniciativas (Le Boterf, 1998). Para Benner (1995), a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho, definindo a mesma vários tipos de competência. Uma ideia já sustentada pela OE referindo que os enfermeiros têm o “ dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (OE, 1998, p.2).

De acordo com a lacuna identificada pela EEESCJ, organizei um **manual de orientações em situações de emergência/urgência para Profissionais de Saúde (Apêndice IV)**. As situações de urgência/emergência não são muito comuns no ACES pelo que no manual encontram-se esquemas que rapidamente ajudam o profissional a relembrar a sua atuação. Como breve conclusão pode-se afirmar que sendo o enfermeiro o profissional de saúde que interage em diversos contextos, a formação em serviço deverá contribuir para o seu crescimento pessoal e profissional e para a implementação de boas práticas nos contextos de cuidados.

3.2. Urgência Pediátrica

O ambiente de uma urgência pediátrica é geralmente pautado de grandes emoções potenciadas por processos de doença aguda que, muitas vezes, culminam no internamento da criança numa unidade de observação ou num serviço de internamento. Este evento é percebido como gerador de uma crise que provoca um enorme desequilíbrio no sistema familiar da criança. Como fator potenciador deste evento, temos ainda o facto de o ambiente hospitalar ser encarado como algo perturbador. Um acolhimento humanizado e uniformizado por parte de toda a equipa de enfermagem, encarando a família como parceira nos cuidados, permitirá mais uma vez, o *empowerment* da família, atuando como estratégia de *coping*.

Este estágio decorreu de 26 de Outubro a 22 de Novembro de 2015 (**Apêndice II**), realizou-se num Hospital Central, com um numeroso atendimento de crianças, perspetivando um leque de experiências e situações que contribuiram para uma aprendizagem sistemática em situações

de emergência, habilitando-me a agir perante situações que exigem uma resposta imediata e complexa, com eficiência e competência.

Objetivo específico 1 - Identificar o processo de cuidados de enfermagem à criança/jovem e Família

Os Enfermeiros do serviço de urgência desenvolvem o seu trabalho com o intuito de proporcionar aos clientes o maior bem-estar possível. Assim sendo, a equipa de enfermagem presta cuidados de forma a suplantar, o melhor possível, o sofrimento inerente a um processo de doença urgente/emergente que envolve a criança e sua família. Este trabalho dos enfermeiros começa com o atendimento da criança/família no posto de triagem e mediante uma avaliação fundamentada, a mesma é encaminhada para uma avaliação médica que a poderá conduzir ou não à realização de exames complementares de diagnóstico, que também podem ser realizados ou não pelos enfermeiros. Após a conclusão dos exames e posterior observação médica, a assistência à criança pode ter que se prolongar, tendo que ser internada no serviço de observação para uma resolução mais eficaz do seu processo de doença, o qual representa, por si só, um desequilíbrio para o sistema familiar.

O meu estágio desenrolou-se entre a **Triagem, Sala de Tratamentos e Serviço de Observação (SO)**. Procurei participar e colaborar ativamente com a Enf^a. Orientadora e mais autonomamente ao longo de todo o percurso. Inicialmente surgiram as dificuldades de adaptação a um local novo, a dinâmica (Circuito da criança e família no serviço de urgência) e formas de trabalhar diferentes, fui observando atentamente, estudei e consegui sentir-me mais segura para poder prestar cuidados de uma forma cada vez mais adequada e competente. Consultei os diversos manuais/trabalhos do serviço tais como o manual de triagem, entre outros. Deste modo, procurei fazer uma observação participativa inicialmente e, autónoma posteriormente, questionando os colegas acerca de rotinas, modo de executar determinados cuidados, observando o trabalho em equipa e funcionamento da dinâmica geral do serviço.

Foram inúmeros os conhecimentos e experiências que consegui vivenciar. Encontrei situações mais complexas e urgentes e situações mais simples e de fácil resolução. No fim do estágio já conseguia realizar autonomamente a **triagem das crianças e jovens** procurando descrever o mais fidedignamente o que foi observado e relatado pelos pais/acompanhante/adolescente, fazendo o despiste de algumas situações de maior complexidade; **prestava cuidados na sala de tratamentos** (colheitas de sangue, colocação de via periférica, aspiração de secreções, exsudado faríngeo para pesquisa de strep A,

administração de medicação, ensinamentos diversos) e fazia os registros adequados no Sistema de informação ALERT® e manual apropriado. A **participação ativa na prestação de cuidados e a consequente elaboração de uma reflexão estruturada sobre as práticas (Apêndice V)** foram atividades cruciais para concretizar este objetivo.

Objetivo específico 2 - Analisar as estratégias de comunicação que os Enfermeiros integram na relação de cuidados com a criança e família nos diferentes setores do serviço

Uma das atividades que desenvolvi foi **identificar recursos que possibilitem o desenvolvimento de um ambiente terapêutico na idade dos 1 aos 5 anos e análise das conclusões com Enf.^a Orientadora.**

Se a humanização dos hospitais começa com o acolhimento dos seus clientes, esta tarefa tem que ser considerada como um papel de todos os funcionários da instituição, mas especialmente assumida como um cuidado de enfermagem. Uma vez que os enfermeiros são o grupo profissional que ao cuidar do cliente também promove um ambiente terapêutico, reconhecendo esta forte influência no seu processo de recuperação. Tal como refere Dias (2006, p.341) “o ambiente já era preocupação de Florence Nightingale, a criadora da enfermagem científica. Ela já reconhecia (...) que o ambiente que restaura a saúde é o que oferece melhores condições para que a natureza exerça a sua cura, auxiliada pelo profissional de enfermagem.”. Neuman também entende que o ser humano está em constante troca de energia com o ambiente. Aliás, nesta definição surgem três tipos de ambiente, face à dinâmica proveniente da troca de energia entre o cliente e o ambiente:

- ambiente interno, que se prende com o cliente enquanto sistema;
- ambiente externo, que corresponde ao inter e extra pessoal, relacionado com tudo o que é exterior ao cliente;
- ambiente criado, cuja relação é dinâmica e representa a mobilização por parte do cliente de todas as variáveis, principalmente das psico-socioculturais. Este é associado à estrutura básica dos fatores energéticos e é o resultado da troca de energias entre os dois ambientes, nomeadamente pelo facto de ser um sistema aberto. Esta troca de energia deve ser constante entre o cliente e estes níveis de energia, que estão em constante interação face aos possíveis stressores (Freese, 2004).

Nas últimas décadas o brincar têm vindo a ser utilizados com o objetivo de transformar o ambiente hospitalar, pois através do brincar a criança descobre o seu mundo externo e lida com

a nova experiência desencadeada pela doença e hospitalização reorganizando-se emocionalmente. A maioria dos profissionais de saúde que trabalham com crianças utiliza diversas estratégias para diminuir o medo das mesmas, sendo estas fundamentais para a exteriorização e verbalização dos medos, bem como para o estabelecimento de uma comunicação com a criança. As estratégias mais comuns são: envolver os pais/família na explicação do procedimento, explicar os procedimentos de acordo com a idade e proporcionar um ambiente acolhedor e informal (Silva, 2011). O brinquedo terapêutico pode simular situações hospitalares, quando se pretende explicar à criança os procedimentos a que deve ser submetida, podem ser utilizados bonecos anatómicos mostrando-lhe por exemplo, a localização anatómica do problema ou permitindo-lhe exprimir a sua tensão após os mesmos.

Durante os procedimentos desconfortáveis ou dolorosos tais como punções venosas pode ser utilizado o brinquedo terapêutico, mudando o foco de atenção da criança durante o procedimento (“respirar fundo”, ilustrações nas paredes), acondicionando a criança no colo dos pais/família, oferecer recompensa como um diploma ou um livro/panfleto se houver colaboração, posicionamento físico para diminuir desconforto ou dor. Outra forma de utilizar o brinquedo terapêutico é o possibilitar à criança tocar em alguns instrumentos médicos como o estetoscópio e seringas, e através do jogo simbólico permitir que esta experimente alguns dos procedimentos que irá vivenciar, aumentando a tranquilidade da criança.

A introdução do brincar na instituição hospitalar é um importante instrumento terapêutico possibilitando a reorganização da percepção da criança por permitir a expressão dos seus sentimentos e emoções ajudando-a a enfrentar com segurança a ansiedade provocada pela situação. O brinquedo é uma forma de lidar com os stressores dos processos de saúde-doença ao favorecer a comunicação, humanizando consequentemente o ambiente hospitalar. O enfermeiro deve recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetivo, gerindo as emoções e construindo uma relação que ajuda, apoiante e securizante (Diogo, 2015).

Realizei **entrevistas a três Enfermeiros Peritos** e utilizei **grelhas de observação dos cuidados para desenvolver um jornal de aprendizagem** intitulado: *Gestão dos medos das crianças nos serviços de urgência: uma competência emocional do EEESCJ (Apêndice VI)*. Pretendi assim identificar as estratégias de gestão dos medos das crianças que os enfermeiros mobilizam em contexto de urgência, pois é na infância que se ajustam significativos “circuitos emocionais tornando-nos mais aptos – ou inaptos – nos aspectos básicos da inteligência emocional. Isto significa que a infância e adolescência são como janelas de oportunidade

críticas para definir os hábitos emocionais que hão-de governar as nossas vidas” (Goleman, 2012, p. 21). Foquei-me na idade das crianças dos 1 aos 5 anos, porque é nestas etapas do desenvolvimento que os procedimentos terapêuticos são encarados como mais perturbadores (Barros, 2003). Os enfermeiros almejando os cuidados de excelência necessitam de um conjunto de competências e recursos humanos, que dizem respeito ao que atualmente se considera Competência Emocional, e nomeadamente a Auto motivação, a Gestão de Emoções e a Empatia. Esta competência é fundamental, pois para que os profissionais conheçam as suas emoções e as possam gerir de forma eficiente é necessário que as reconheçam nos outros, para poderem auxiliar os clientes a quem prestam cuidados, no seu processo de gestão de emoções enquanto percorrem o árduo caminho para a sua recuperação física e emocional

Objetivo específico 3 – Desenvolver estratégias de gestão emocional na relação de cuidados

Ao ingressar neste campo de estágio tive a pretensão primária de poder intervir nas mais diversas situações de urgência à criança e família, desde a sua receção na unidade de triagem ao encaminhamento mediante a atribuição do grau de urgência, até à implementação dos procedimentos necessários, a fim de colmatar as necessidades emergentes do seu estado agudo de doença. Tudo isto de forma a apurar as minhas competências técnicas, científicas e relacionais para prestar cuidados especializados dentro da área de Saúde Infantil e Pediatria (Art. 4.º, do Decreto-Lei n.º 161/96, de 04/09). Percebi então que na realidade isso é demasiado ambicioso para ser efetivado no seu todo e na realidade de um campo de estágio, mas por outro lado conclui que esse mesmo palco nos pode oferecer uma vasta riqueza de experiências sendo, por si, um excelente contributo para o começo, para o desenvolvimento dessas mesmas competências como EEESCJ. Uma dessas competências está inserida na difícil tarefa de colocarmo-nos no lugar do outro e de compreender o que ele está a sentir, ou seja, interiorizar o sofrimento do Outro é um trabalho árduo.

perante a necessidade de recorrer a um serviço de urgência, qualquer pessoa se sente pequena e vulnerável face ao profissional que a atende e desconfortável ao enfrentar o ambiente hospitalar. Estes sentimentos intensificam-se quando o doente é uma criança. Os medos e a insegurança alastram na família, já de si fragilizada (...)” (Xavier, 2006, p. 25).

De facto, numa unidade de atendimento urgente o enfermeiro deve, não só, ter a capacidade de atuar rapidamente, mas também ser eficiente no trabalho que desempenha, no sentido em que deve encarar a criança e família no seu todo, não colocando de parte a emocionalidade

intensa inerente a este processo, e que funciona como um potencial stressor interno do equilíbrio do sistema familiar da criança (Freese, 2004).

Este exercício de desenvolvimento de competências em estágio foi verdadeiramente crucial. Ao tentar compreender o sofrimento do Outro, ao tentar ser empática e transcendente na emocionalidade que invade o sistema familiar da criança, o mesmo permitiu-me arquitetar um plano de cuidados de forma a colmatar as suas necessidades, porque “(...) é indispensável saber quem é o outro que está aos meus cuidados, quais as suas capacidades e limites de crescimento e, sobretudo, preciso saber como posso ajudá-lo a crescer e a realizar-se, o que só é possível conhecendo as necessidades (...)” (Vieira, 2009, p.115). Aliado a este conhecimento profundo do Outro, como enfermeira devo igualmente aceita-lo como possuidor de uma vida própria e de um conhecimento único. Neste sentido “a nossa postura enquanto profissionais deve privilegiar o reconhecimento da criança/jovem e família como indivíduos únicos e favorecer a sua implicação nos cuidados para que se sintam parte integrante do processo cuidador” (Curado, 2006, p.23). Porque

the family is thus empowered in making decisions about their own family health issues; ideally, they become partners in health care. The nurse utilizes both acquired knowledge and family assessment data, considering family needs, desires, dynamics, and response to stressor reactions to plan collaboratively with the family for relevant preventive/interventive care” (Neuman, 1995, p.140).

É com esta planificação de cuidados, que se estabelece uma relação de parceria, demarcada pela individualização e personalização dos cuidados ao aceitar as tomadas de decisão pelo sistema familiar da criança no que concerne ao desempenho do papel dos pais no apoio concedido aos seus filhos.

Por conseguinte, verifica-se que este tipo de conduta ou exercício profissional, também se encontra bem explícito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definindo que “a relação terapêutica no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE(c), 2001, p.6). A consideração pelas capacidades e valorização do papel do indivíduo, alvo de cuidados, foi também por mim vivenciada, tendo em conta o respeito pelo ser humano e pelo direito à liberdade de opinião e de expressão, tal como proclamado pela Convenção dos Direitos do Homem (1948) e pela Convenção dos Direitos da Criança (1989) como direito que lhe assiste quanto à envolvimento nos cuidados de saúde que lhe são prestados e neste caso, em particular, à criança e família.

No decorrer do estágio, pude constatar a emergência deste tipo de necessidades e confrontar-me com diversos sistemas familiares e os seus mais diferentes apelos, em resposta a um

acontecimento tão inesperado como é o internamento de uma criança no serviço de observação. A orientação dos cuidados no sentido de procurar estabelecer um apoio sistematizado e coeso é por vezes difícil, sobretudo se deixarmos a nossa atuação centrar-se meramente na urgência do cuidado físico à criança e na manutenção das suas necessidades que advêm do processo de doença aguda e conseqüente hospitalização. Reconheço por isso, que são imprescindíveis competências no sentido de oferecer um cuidado que mantenha a segurança e estabilidade da criança tendo em conta as suas necessidades físicas, emocionais e de sociabilização, mas só isso não é o suficiente. Neste sentido, a utilização de **técnicas de comunicação com recurso ao brinquedo terapêutico e análise dos benefícios confrontando com a evidência científica** foi uma atividade que desenvolvi.

Os cuidados de enfermagem em pediatria têm vindo a transformar-se grandemente ao longo dos tempos, nomeadamente, no que respeita ao desenvolvimento de cuidados que visam as necessidades específicas da criança, cuidados não traumáticos e cuidados centrados na família. Atualmente, brincar enquanto atividade de desenvolvimento humano é reconhecido pelo seu valor terapêutico e é mesmo consensual que a sua integração nos cuidados de saúde assume funções importantes para apaziguar o medo, ansiedade, solidão, angústia de separação e é uma atividade atenuante dos stressores da hospitalização. É defendido, igualmente, que o brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças (Furtado & Lima, 1999; Barros, 2003).

As emoções assumem um papel preponderante na vida de qualquer indivíduo, daí que seja essencial para a criança uma adequada gestão das mesmas, no sentido de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de *coping* face à situação de hospitalização/cirurgia que está a viver. Segundo a teoria do desenvolvimento de Erickson, onde cada estágio representa uma crise psicossocial, a forma como a criança organiza e experiêcia as emoções é determinante, influenciando posteriormente as relações que esta estabelece com o meio que a rodeia. Esta capacidade de organização de experiências emocionais permite que a criança adquira uma identidade psicossocial adaptativa que se revelará fundamental ao longo da sua vida (Diogo & Rodrigues, 2002). Tudo isto toma especial relevância quando as emoções são demasiado escondidas ou demasiado exacerbadas, tornando-se em qualquer uma das situações perturbadoras, uma vez que a exposição excessiva às mesmas pode ser prejudicial para a saúde global da criança. A promoção da expressão emocional, por parte dos enfermeiros, permite à criança/família chegar a alguns domínios emocionais referidos por (Goleman, 2006) a autoconsciência e a autorregulação.

Durante a hospitalização o brincar terapêutico influencia o restabelecimento físico e emocional da criança, possibilitando uma vivência mais alegre e menos traumatizante e reduzindo as respostas de stress da mesma durante esse período (Russ, 1998). Atualmente os profissionais de saúde definem intervenções específicas que visam diminuir fatores que provocam dor física ou psicossocial na criança e na família, gerindo os cuidados de enfermagem de forma a minimizar o sofrimento e a dor e a prevenir comportamentos de regressão, atitudes depressivas, ansiedade de separação, problemas de alimentação e de sono. Sabe-se que recém-nascidos e lactentes sentem mais a separação, devido ao iniciar do processo de vinculação, os toddlers entre os 2 – 3 anos são mais suscetíveis a sentir vergonha; que os pré-escolares entre os 4 – 6 anos são crianças mais suscetíveis a sentir culpa pela sua doença; que crianças em idade escolar têm medo da lesão corporal ou perda do controlo do seu papel na escola, em casa; que os adolescentes sofrem com a perda da privacidade, da separação das pessoas significativas (grupos de pares), e projetos escolares, hábitos de vida e/ou lazer, sendo estes exemplos de stressores em várias idades pediátricas que devo estar desperta permite-me realizar cuidados de enfermagem pediátrica não traumáticos relativamente aos diferentes momentos críticos.

É importante saber adequar a comunicação à idade ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem de forma a identificar os fatores de stressores presentes e consequentemente saber quais posso eliminar e/ou minimizar ao máximo, bem como saber utilizar recursos que atendam às suas necessidades e que minimizem os efeitos desta a hospitalização, como um tão simples como a não separação dos pais ou pessoas significativas, e conhecer o sistema de suporte familiar disponível. Hoje em dia, porque estamos mais atentos sabemos que “a ansiedade provocada pela desinformação por vezes é mais dolorosa do que a que é provocada pela verdade” (Silva, 2010, p.283), pelo que a informação não passa só pelos pais mas também pela criança/jovem, sendo que conforme a criança existem estratégias adequadas para a preparar para o(s) procedimento(s), que passam predominantemente pelo brincar utilizando bonecos, livros para ler ou colorir, desenhos, álbuns de fotografias, vídeos, atividades em grupo, material hospitalar e jogos.

3.3. Serviço de Pediatria Médica

Conforme o cronograma existente no **Apêndice II** este estágio decorreu de 23 de Novembro a 20 de Dezembro de 2015.

O Serviço de Pediatria Médica pertence ao departamento de medicina de um Hospital Central Especializado na Área de Lisboa. As crianças admitidas provêm habitualmente do

Serviço de Urgência Pediátrica, no entanto podem igualmente vir transferidas de outro serviço, da consulta externa de pediatria, ou de outra unidade hospitalar. São admitidas crianças com doença aguda ou crónica, dos zero aos dezoito anos e com patologias do foro médico. Sempre que necessário, poderão também receber crianças do foro cirúrgico.

Objetivo específico 1a - Prestar cuidados especializados à criança, jovem e família numa perspetiva holística

Objetivo específico 1b - Compreender a interação entre o ambiente e o desenvolvimento da criança, jovem e família

Objetivo específico 1c - Conhecer os fatores emocionais que interferem com a hospitalização e as estratégias que os enfermeiros utilizam para as identificar e minimizar

A **participação ativa nos cuidados e a elaboração de uma reflexão crítica sobre a experiência do cuidar do cliente pediátrico hospitalizado e família (Apêndice VII)** foram duas das atividades de destaque. A prestação de cuidados de enfermagem à criança/família que realizei no internamento de pediatria foi modelada inicialmente por uma observação participativa e posteriormente mais autónoma, questionando os colegas acerca das atividades, modo de executar determinados cuidados, observando o trabalho em equipa e funcionamento geral do serviço. Fui realizando troca de experiências com os colegas, acerca de métodos de realização de determinadas funções, proporcionando a visão de alguém que vem de outra realidade e que observa o ambiente/método de trabalho de outra perspetiva. Esta partilha e observação foi muito benéfica para ambos, principalmente porque enriqueci a minha prestação de cuidados, alertando-me para novas maneiras de estar e cuidar.

Procurei também **identificar os stressores universais, conhecidos e desconhecidos e identificar as medidas de diminuição do impacto de hospitalização.**

A hospitalização é encarada pela criança de forma diferente de acordo com a idade, o seu estágio de desenvolvimento, habilidade de lidar com a situação e meio cultural em que está inserida. Pode ser uma experiência traumática com efeitos prejudiciais permanentes ou até ter efeitos benéficos, como conseguir dominar melhor o stress de novas situações e ampliar os seus relacionamentos interpessoais (Almeida *et al.*, 2006;). Através de várias intervenções, a enfermagem consegue diminuir o impacto da hospitalização na criança/jovem e família.

A família da criança deve ser vista como uma constante na sua vida, devendo os profissionais respeitar, apoiar, encorajar e potencializar as suas forças e competências (Almeida & Sabatés, 2008). Perante uma situação de hospitalização, partindo do pressuposto que a família é a primeira responsável pelos cuidados à criança, a enfermagem proporciona um cuidado mais eficaz, se centrar o cuidado na família e não apenas na criança.

Ao abordar o subsistema da criança, não é difícil perceber que com frequência, a doença e a hospitalização são as primeiras crises que a criança tem de enfrentar (Hockenberry & Wilson, 2014) e atualmente, é muito reconhecido o impacto que a doença e a hospitalização pode causar nas crianças dado à sua particular vulnerabilidade, quer pela mudança do estado habitual de saúde e das suas rotinas, quer por possuírem uma linha de defesa normal mais pequena para enfrentar e superar as experiências stressantes (Freese, 2004; Barros, 2003). Por outro lado, não podemos negligenciar o alicerce familiar intrínseco à criança e o qual também é alvo de alteração por parte deste tipo de crise que, segundo Jorge (2004, p.38) implica “(...) separação da criança, quebra na organização do quotidiano (...) e é acompanhada por sentimentos que vão desde medo de perder a criança, ao de impotência, falhanço ou culpa”. Sendo os pais “(...) o principal sistema de apoio e segurança para a criança (...)” (Barros, 2003, p.84) e tendo em conta o papel que os mesmos desempenham no sistema familiar, como precursores do seu desenvolvimento, a repercussão deste tipo de eventos é clara na diminuição da satisfação das necessidades físicas, psicológicas, educacionais e sociais da criança (Jorge, 2004, p.25).

Ao perceber os pais/pessoas significativas e a criança como constituintes cruciais de um único sistema, a orientação do Modelo de Neuman (1995 p. 139), conduz-nos a uma perceção ainda mais clarificadora da importância que o sistema familiar detém nos processos de saúde/doença, ao referir que “the core of the family is composed of its individual members, and assessment of the family is done in relation to the dynamics of individual member contributions to the whole within their environmental interactive context. (...) Thus the core of the family system is viewed as the interface of its members in interaction with the environment”. Assim, a abordagem à criança deve ser realizada tendo em conta que a resposta obtida pode ser o resultado de um investimento conjunto de todos os elementos da família.

A realização de um **estudo de caso**: Promoção da esperança na Criança/Família internada inspirado no modelo de Betty Neuman (**Apêndice VIII**) foi outra atividade desenvolvida; pretendi perceber a importância da implementação de estratégias promotoras de esperança junto duma família de uma criança internada. O desenvolvimento deste estudo de caso busca subsídios no MIAMPE (Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança) de

Charepe (2011) e no Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica de Promoção de Esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O processo de construção do estudo de caso em questão permitiu o desenvolvimento de estratégias de promoção de esperança e a aquisição de competências inscritas no perfil do EEESCJ (Regulamento nº 123/2011).

Objetivo específico 2 - Implementar na equipa de enfermagem momentos formais de reflexão sobre a prática com foco nos sentimentos e nas emoções.

Como refere Perrenoud (1993) a prática é pedra de toque das competências, mas para isso é necessário questioná-las. Analisar as práticas é dissecá-las, desmontá-las, refletir criticamente sobre o que se faz, pôr-se em causa, confrontar ideias, discernir fundamentos, verificar resultados conseguidos e agir em conformidade. Tudo o que fazemos parte de um conhecimento que pode ser teórico, mas que temos que adaptar às situações concretas e múltiplas que se nos deparam. Por vezes, temos convicções íntimas que só se alteram e consolidam como saber, quando oferecidas à crítica de outras pessoas.

O nosso contexto profissional é cuidar de pessoas e famílias com problemas de saúde e não só, em que o saber da experiência não chega. Como diz Walter (1998), não é suficiente aplicar protocolos, é preciso compreender gestos e situações e, sobretudo, é importante poder adaptar o ato a realizar às necessidades específicas da pessoa.

De forma a atingir este objetivo conduzi uma **sessão de análise das práticas (Apêndice IX)** tendo como ponto de partida o artigo científico, *o Lugar do Afeto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico* (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010). O objetivo central da análise das práticas fundamentou-se no lugar do afeto na prática diária de cuidados. É da competência dos enfermeiros a construção de um processo de cuidados centrado na pessoa doente de modo a compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social que acarreta (Colliére, 1989). As práticas de cuidados de enfermagem têm como objeto de ação/transformação o cliente/família, mas o agir não é cego, isto é, no ato está inscrita a intencionalidade, o significado dessa ação que acaba por dar sentido aos procedimentos que se fazem (Boutinet, 1990). Daí a necessidade de questionarmos as nossas práticas, tendo em conta, como refere Rebelo (1996), os três contextos de ação: do sujeito enfermeiro, da ação e o contexto da profissão.

3.4. Cuidados Neonatais

O nascimento de uma criança é não só um acontecimento de vida significativo como é também uma transição, que gera no ser humano uma resposta que implica uma nova readaptação, de forma a poder continuar no seu percurso de vida. Ao fazer um paralelismo entre conceitos, o Modelo de Neuman (sendo o modelo que clarifica e conceptualiza todo este percurso formativo) também contempla o processo de transição, embora o defina como uma crise. Assim, a enfermagem tem a responsabilidade de auxiliar o ser humano na readaptação a esses eventos de crise que insurgem ao longo da vida, para que esse mesmo processo seja vivenciado com a aquisição dos mecanismos de *coping* necessários para poder prosseguir da melhor forma possível.

Em Neonatologia a vida tem uma representatividade muito singular e única, quando deparada com a fragilidade de quem nasce e com os sentimentos de impotência de quem se vê confrontado com um processo de adversidade/crise. Mais uma vez, estes conceitos ganham particular importância neste campo, pois segundo a Teoria de Caplan na qual Neuman se baseia, argumenta que todos os processos de crise podem proporcionar oportunidades para os indivíduos crescerem e se fortalecerem. Visando este objetivo cabe ao enfermeiro a função de facilitar a reconstituição do sistema do recém-nascido e sua família (Gehrling & Memmont, 2008).

O meu estágio de neonatologia foi dividido em dois contextos como podemos ver nos subcapítulos abaixo. O facto de trabalhar nesta área, despertou o meu interesse para conhecer um contexto e uma realidade diferente. Pretendi conhecer uma nova filosofia de cuidados, o trabalho em equipa, os neonatos com patologias diversas, as diferentes situações de cuidados de enfermagem e os projetos em desenvolvimento, almejando um contributo significativo na minha formação como profissional de uma unidade de neonatologia.

Durantes os dias 13 e 14 de Novembro tive a oportunidade de assistir ao **II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o desenvolvimento – Qualidade e Segurança (Apêndice X)**. Na minha opinião estes encontros são fundamentais para atualizar conhecimentos e partilhar práticas de enfermagem. Para evoluirmos na nossa profissão devemos ter em conta outras práticas, outras experiências, baseadas na evidência e que possam contribuir para a excelência dos cuidados.

3.4.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivo específico 1 - Prestar cuidados especializados à criança e família numa perspectiva holística e promotora do desenvolvimento

Neste campo de estágio as necessidades de desenvolvimento pessoais não se coadunaram com a identificação no serviço, de atitudes ou a inexistência de mecanismos de atuação eficazes nos cuidados direcionados para a criança e família, mas sim na percepção de que eu própria seria o alvo desse mesmo investimento. Ao direcionar-me para a realização de uma prática diária de cuidados, buscando na atuação dos enfermeiros orientadores o seu exemplo e adicionando-o aos objetivos estabelecidos, fui construindo o meu próprio contributo.

Movida pela centralidade do meu objetivo geral, procurei, direcionar os objetivos específicos deste percurso para a prática de cuidados de elevada complexidade ao recém-nascido e sua família dando especial ênfase à gestão das necessidades emocionais deste sistema familiar, pois quando há uma alteração de saúde que se manifesta logo aquando o nascimento, ou até mesmo antes, e se revela a necessidade de internamento numa unidade de neonatologia, o impacto emocional sentido pela família é enorme. O culminar das expectativas criadas ao longo dos meses de gestação, termina com o internamento do recém-nascido, que passa assim a ser cuidado num ambiente frio e tecnológico sobre o qual os seus pais têm pouco controlo e conhecimento. O encontro entre o bebé real e o bebé imaginário não ocorre da forma desejada pelos pais. Não se concretiza o tão desejado encontro familiar e os pais regressam ao seu lar sem a criança tão aguardada, despoletando dúvidas em relação ao seu filho e em relação à sua presença no hospital. Muitas vezes não entendem as informações que lhe são fornecidas por parte dos profissionais de saúde, sentem-se intimidados e também impotentes perante a celeridade dos acontecimentos, os quais não conseguem antever. Por outro lado, e devido às barreiras impostas pelo facto de o recém-nascido estar dentro de uma incubadora e envolto num conjunto de instrumentos maioritariamente desconhecidos para os pais, provoca uma certa separação que perturba o processo de vínculo que normalmente se inicia antes da conceção e amadurece com o nascimento do bebé (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste sentido, fui concebendo diariamente uma prática orientada para encontro com o Outro. Desenvolvi atividades diversas que focalizassem principalmente os **cuidados centrados nas necessidades emocionais da família do recém-nascido**, desenvolvendo uma atitude de parceria, mas sempre encarando estes como um sistema afetado pela rutura das suas linhas de defesa, sendo necessário efetuar uma intervenção a todos os níveis de prevenção, focalizando e identificando os stressores da mesma. “In the past, critically ill and premature infants died, usually within the first 24 to 48 hours of life (...) The increased survival rate of these infants is

the result of the biomedical and technological advances in neonatology, including the establishment of neonatal intensive care units. Survival does not guarantee health or a problem-free status, however.” (Neuman, 1995, p. 321). Neuman integra aqui a importância de uma atenção especial ao problema fulcral dos recém-nascidos doentes ou prematuros e que se focaliza na preparação de um cuidado direcionado para a prevenção (primária, secundária e terciária) das sequelas, advinentes do processo de doença ou prematuridade, mas também do internamento, não só por parte dos profissionais de saúde como dos pais.

Realizei uma observação participativa relativamente ao modo de executar determinados cuidados, observando e questionando os colegas acerca das atividades e funcionamento geral da unidade. **Participei nos cuidados** com a orientação dos colegas, auxiliei e observei procedimentos que raramente praticamos no meu local de trabalho (principalmente com RN pré-termo com idade gestacional inferior a trinta semanas). Promovi a **vinculação criança/família de forma sistemática/ promoção da parentalidade**, transmitindo conhecimentos sobre as competências do recém-nascido de forma a promover a sua interação com os pais, assim como, utilizei estratégias para promover o contacto físico da família com o recém-nascido através da prestação de cuidados pelos mesmos (prestação de cuidados de higiene, promoção da amamentação, alimentação por sonda nasogástrica, método canguru entre outras).

Trabalhar em conjunto com um enfermeiro orientador, elemento constituinte da equipa de enfermagem da UCIN, tornou-se, para mim um exemplo do trabalho desempenhado pela equipa a todos os recém-nascidos internados. Desta forma, pude interiorizar que o planeamento dos cuidados aos recém-nascidos, nomeadamente aos prematuros, é realizado de forma a preservar o seu desenvolvimento, entendendo a necessidade de respeitar os seus ciclos de sono e de vigília, de sucção não nutritiva, as suas necessidades de alimentação, entre outros.

Objetivo específico 2 - Identificar as estratégias de gestão emocional que os Enfermeiros integram na relação de cuidados com a criança e família

Do cuidar diário do recém-nascido e da partilha incessante desse mesmo cuidado com os enfermeiros, surge uma necessidade profunda de compreender quais as estratégias que utilizam em situações emergentes na presença dos Pais, a gestão das emoções, no sentido em que métodos de ajuda ou de interajuda utilizaram para fazer frente a um processo de doença tão destabilizador como a emergência do seu filho recém-nascido, ou seja, que mecanismos de resiliência e de *coping* utilizaram para ajudar a enfrentar e superar esta crise no sistema familiar

e se ainda o continuam a fazer. Esta necessidade resulta não só do facto de ir ao encontro de um dos meus objetivos específicos para este campo de estágio mas também para o objetivo geral que norteia o mesmo.

A **realização de uma entrevista a três enfermeiros especialistas (Apêndice XI)**, pareceu-me, á priori, ser a atividade adequada de forma a alcançar uma compreensão efetiva em torno desta temática. A entrevista foi constituída pela seguinte pergunta aberta: *Sra. Enf.ª X quais as estratégias emocionais que utiliza na sua prática diária de cuidados, quando ocorrem situações emergentes na presença dos Pais?*

A fase de nascimento do bebé é crucial, sendo esta vivida com uma intensidade ainda maior, segundo Culp, Applebaum, Osofsky e Levy *apud* Barros (2001, p. 246), “o nascimento de risco representa uma crise muito difícil para os pais, que está normalmente associada a reacções emocionais intensas, caracterizadas por grande confusão, perturbação e labilidade.” Segue-se a fase da separação, uma separação que é não só física, mas também psico-emocional, levando os pais a colocar em questão as suas competências parentais. Pedrosa *et al. apud* Arede, Mendes e Marques (2009, p. 9) assinala que “(...) a ocorrência de um parto pré-termo é um factor perturbador da adaptação, na transição para a parentalidade.” A isto se sucedem sentimentos de pertença e não pertença.

Segue-se a fase do medo. O medo, como emoção primordial revela-se, neste caso, na insegurança e incerteza face ao futuro deste recém-nascido. Tal como nos diz Barros (2001, p. 247) “a ansiedade explica-se sobretudo pelo medo e preocupação com a sobrevivência do bebé nos primeiros tempos de vida.” Por último segue-se a fase de estar com o bebé, onde a mãe reencontra o sentido das suas competências parentais reforçadas pelas suas competências profissionais

Os stressores que advêm da hospitalização e os que nela culminam podem assumir maior ou menor relevância no sistema-cliente, dependendo das suas linhas de defesa flexível e normal. É nestas linhas de defesa que o enfermeiro deve intervir e um dos stressores mais importantes para a família é a necessidade de informação.

As respostas dos enfermeiros face a esta pergunta basearam-se sempre: “depende da família e depende da relação que já construímos com a mesma”. O enfermeiro deve possuir uma sensibilidade especial ao lidar com os pais, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação. É importante que a equipa reconheça que a criança e a sua família têm uma história, e as necessidades e solicitações emergem de cada uma conforme o sentido, o significado que atribuem às experiências vividas e só se manifestam de modo autêntico quando

a família se sente acolhida e compreendida por uma equipa que tem a intenção de ajudar (Valle, 1997).

O internamento de um filho Recém-Nascido (RN) impõe-se como uma realidade sem balizas físicas ou cronológicas exigindo um maior nível de intervenção especializada, tanto por parte dos enfermeiros como pelos familiares. A admissão do RN numa UCIN, pode ser traumatizante para ambos, RN e pais. Quando o RN é hospitalizado, este é invadido por procedimentos invasivos, e permanece num ambiente rodeado por sons desconhecidos (monitores que alarmam frequentemente, aspiração), luzes constantes, pessoas estranhadas, o que contribuiu para a despersonalização e para aumentar a ansiedade dos seus pais em relação ao seu estado clínico. Os pais experienciam significativamente stress, ansiedade e desamparo. Assim, hesitantes diante da incerteza do destino dos seus filhos, desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente, as suas reações variam do silêncio ao choro. Muitos pais sentem-se vulneráveis e com medo, uma vez que o internamento vem impregnado da possibilidade constante da ocorrência da morte. Responder às necessidades da família é portanto primordial quando o seu filho é internado na UCIN (Hockenberry & Wilson, 2014).

No que concerne à presença parental durante a reanimação, desde a década de 80 do século passado, que se começou a estudar esta problemática. Isto porque é o enfermeiro que no âmbito da gestão da doença, gere as emoções da família e desenvolve os cuidados em parceria, e também pratica cuidados não traumáticos. Com a revisão da literatura não se chega a uma única conclusão. A decisão de presença parental durante a realização de procedimentos complexos à criança e/ou reanimação deverá ser escrupulosamente escrutinada e adaptada às necessidades individuais de cada sistema familiar. Não foram encontrados na evidência científica fatores que permitam prever a vontade da família e como tal não é possível normalizar a intervenção. O que orienta os profissionais de saúde nesta tomada de decisão é em si o conhecimento do que são cuidados não traumáticos, fatores stressores e mecanismos de *coping* do sistema familiar. Conhecer as dimensões e identificar os stressores que afetam o sistema familiar, facilitará a atuação de uma forma coesa e direcionada para as reais necessidades da família, fazendo uma avaliação conjunta sobre que estratégias e mecanismos de *coping* poderão ser utilizados para reforçar as linhas de defesa do sistema.

Segundo Dingeman *et al.* (2007, p. 120) “(...) when given the option, more parents are choosing to stay with their child during an invasive procedure and/or resuscitation”. Este é um conhecimento de maior importância. O facto de se oferecer a possibilidade de escolha à família será facilitador do *coping* independentemente do desfecho da situação.

Objetivo específico 3 - Adquirir estratégias de gestão emocional na relação de cuidados.

Não obstante o nascimento de um filho constituir o culminar dos sonhos e expectativas de uma família, criadas ao longo da gravidez, a doença e hospitalização do recém-nascido impõem a separação e adiam todas essas expectativas e esperanças dos pais, podendo comprometer o próprio processo de vinculação. Só através de uma prestação de cuidados de maior complexidade ao sistema familiar do recém-nascido, salientando a vertente humana e relacional, se pode minimizar os efeitos dos stressores da doença e hospitalização no sentido da sua reconstituição, maximizando simultaneamente os efeitos benéficos da hospitalização, restituindo o que há de bom de um processo de crise (Freese, 2004; Tamez & Silva, 2002).

Para Diogo (2006, p.196) “a vivência de situações emocionalmente intensas, o sofrimento vivido e a perceção das dificuldades em lidar com as situações de cuidados, leva o enfermeiro ao aperfeiçoamento da capacidade para lidar com as suas emoções e sentimentos”. Não obstante, o contágio emocional torna-se inevitável e por vezes o cuidar também se transforma num percurso algo penoso, pelo que urge da parte do enfermeiro munir-se de estratégias que aliviem esse sofrimento que não é nosso, mas assim se torna. A realização de uma **reflexão crítica sobre a comunicação de más notícias e gestão da emocionalidade** e a realização de uma **sessão de análise das práticas com 4 enfermeiros** face a uma situação emergente vivida no serviço foram também atividades realizadas.

O apego é algo que as pessoas não controlam e os enfermeiros também são seres humanos e sobretudo seres altamente sociais. Contudo, Mercadier (2004, p.253) não deixa de assinalar o quanto é importante o controlo dos afetos resultante das interações dos cuidados “(...) para a qual muito contribui a protocolização dos cuidados”. O tema dos afetos foi algo já referido no trabalho de estágio realizado em Internamento de Pediatria, como sendo algo que é importante incluir na atitude do enfermeiro, para que este possa estabelecer uma ligação com a criança. Porém, também pode ser algo que emerge e que se forma em resultado de uma relação, neste caso de uma relação terapêutica que se estabelece com o sistema familiar. Segundo um estudo de Harbaugh, Tomlinson e Kirschbaum *apud* Paulo *et al.* (2010), os pais demonstraram um maior nível de satisfação pelos enfermeiros que não se limitavam aos aspetos técnicos e incluíam no seu cuidar toda a componente holística, sobretudo a emocional, chegando a falar da demonstração de amor para com os filhos e como isso influenciou de forma positiva a

vivência de hospitalização. Os mesmos autores referem que os próprios enfermeiros também têm essa opinião, ou seja, que a recuperação das crianças é influenciada por essa dívida de afeto. O afeto é assim entendido como uma componente essencial de expressão de amor, de um amor benevolente (Meehan *apud* Paulo et al., 2010).

A interação pais - enfermeiros é considerada a pedra angular da qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos (Espezel & Canam, 2002; Ferreira, 1996). Para Espezel e Canam (2002) desenvolver a interação e comunicar com clareza com os pais, são elementos fundamentais para que a colaboração entre enfermeiros e pais tenha sucesso. O enfermeiro para comunicar com o cliente e com a família deve adquirir e desenvolver um determinado tipo de competências e habilidades, tornando-se único, individual e genuíno na relação que estabelece (Rosas, 1990). Deve ainda, segundo Saraiva (2003), ter sempre presente que o cliente é mais que um organismo biológico. É antes de mais uma pessoa humana, que necessita de atenção, de ser sentir acompanhado, de ser tratado amavelmente, de ser escutado e compreendido, de se sentir útil e respeitado.

3.4.2. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Neste campo de estágio que é o meu local de trabalho pretendi ao contrário dos outros locais de estágio partilhar os subsídios que me enriqueceram nesta jornada.

Objetivo específico 1 - Prestar cuidados especializados à criança e família numa perspectiva holística e promotora do desenvolvimento

No que concerne aos cuidados de enfermagem, estes são prestados de acordo com o método de trabalho de enfermeiro responsável, promovendo o *empowerment* do papel parental na prestação dos cuidados ao seu filho, estabelecendo-se gradualmente uma relação de parceria de cuidados. Desta forma, é dada especial ênfase à preparação do recém-nascido e sua família para o regresso a casa. O serviço está organizado por uma Sala de Cuidados Intensivos/Intermédios e uma Sala de Berços/Pré Saída. Normalmente, existe uma passagem do recém-nascido por estas salas e que ocorre de acordo com a melhoria do seu estado de saúde e com a aquisição, em simultâneo, de competências tanto por parte do recém-nascido como por parte dos seus familiares, no sentido da autonomia para que o regresso a casa seja realizado de uma forma desejada, segura e bem encaminhada. Todo este trabalho exige por parte da equipa de enfermagem um enorme *know how* que é meticulosamente articulado de uma forma inter e multidisciplinar. Não

posso deixar de assinalar o facto de após o internamento e quando a criança/família regressa a casa, os enfermeiros desta unidade estabelecem contactos telefónicos de *follow-up* para garantir a continuidade de cuidados entre o cuidar no hospital e o cuidar no domicílio, promovendo a segurança dos pais através do reforço de ensinamentos e promoção para a saúde, sendo isto inteiramente demonstrativo da prevenção terciária de Neuman.

Objetivo específico 2 - Identificar as estratégias que promovam a educação para a saúde

Para que se dê continuidade a este trabalho de constante renovação e aprimoramento da prática do cuidar pretendo tornar-me um elemento de referência na temática de gestão da emocionalidade à criança e família face aos cuidados de saúde, preconizando ações como: sessões de análises das práticas e integração desta temática na Academia; desenvolver investigação, de forma a contribuir para a prática baseada na evidência, implementando projetos de investigação que pudessem continuar a explorar não só as questões emocionais envolvidas nas interações entre as crianças/famílias e prestadores de cuidados, como a pertinência dos afetos/emoções que delas emergem e que podem condicionar essa mesma prática de cuidados de uma forma recíproca.

As atividades realizadas foram: **formação aos profissionais (Apêndice XII)** sobre a estratégia de gestão das emoções em contexto de emergência (o que entendem por sofrimento, trabalho emocional, papel da família e a importância de um enfermeiro de referência) e **a Integração desta formação no plano da Academia de formação do Hospital.**

A formação contínua é fundamental para a melhoria dos cuidados, pois, implica uma validação contínua das competências. A Academia da empresa onde trabalho é responsável pela atividade formativa e científica, para todas as unidades de saúde do grupo. Criada com o intuito de formar os seus profissionais atua como dinamizador do conhecimento científico e das boas práticas na saúde, preparando-os para uma política de desenvolvimento assente em rigor e nos mais elevados padrões de qualidade.

A Ordem dos Enfermeiros (2002, p.15) refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, tendo como indicador de qualidade, a existência de uma política de formação contínua, para promover o desenvolvimento pessoal e profissional.

O desenvolvimento profissional e pessoal é atualmente revestido de extrema importância, implicando uma atualização constante e metódica dos conhecimentos, com o intuito de

valorizar a profissão, otimizar recursos e obter resultados com qualidade, permitindo a consciencialização da prestação de cuidados de forma responsável e competente.

Considerando que as situações de emergência na criança são hoje largamente prevenidas, mesmo em situação de hospitalização, colocam-se novos desafios na formação e na manutenção de capacidades necessárias ao desempenho dos enfermeiros.

Este programa de formação dos enfermeiros visa minimizar os riscos inerentes a uma atuação de enfermagem deficitária e maximizar as potencialidades da equipa de enfermagem no cuidado à criança e sua família, nestas de situações de grande complexidade. A situação de emergência é por si só um momento que envolve elevados níveis de stress, ansiedade e medo, não só para a criança que está sujeita a este momento mas também para a sua família e para os profissionais de saúde, pela conceção comum de vulnerabilidade inerente a esta faixa etária e também pela vivência da situação pelo núcleo criança/família.

Cabe às instituições de saúde e aos seus profissionais manterem atual a formação e o treino de atuação, segundo as linhas de orientação existentes, para que as situações de emergência na criança possam ser superadas da forma mais positiva possível, não só no que concerne ao sucesso da atuação mas também ao apoio que é prestado à família. É premente que na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, se dê o devido enfoque à preparação para a gestão das questões da emocionalidade e do sofrimento extremo que a família está sujeita quando se depara, não só com a criança em situação emergente, estando inerente a possibilidade da sua morte, mas também com toda a panóplia de procedimentos e tecnologia, muitas das vezes incompreendidos pela família e potencialmente stressores.

O bem-estar emocional do enfermeiro torna-se vital na adequação da sua atuação e, como tal, há que privilegiar momentos de reflexão sobre a prática e sobre os sentimentos vividos, para que não sejam recalcados sentimentos, não sejam criadas falsas representações sobre a prática e não se incorra na síndrome de exaustão. É, também, da competência do enfermeiro especialista adequar, não só a sua atuação neste campo, mas também liderar a equipa de enfermagem no desenvolvimento das competências necessárias a essa mesma atuação. Foi neste sentido que desenvolvi este programa, como forma de dar resposta a uma problemática presente na minha prática diária de cuidados. Pretendi, não só, ilustrar o processo de desenvolvimento de competências para ser perito na atuação de enfermagem à criança/família em situação emergente, mas também para liderar a equipa de enfermagem, de forma a, quando necessário, atuarmos como equipa, procurando a excelência dos cuidados de enfermagem, numa situação tão crítica e na qual podem aflorar as emoções mais extremas e negativas.

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

É na vivência prática que o saber teórico se aplica e se desenvolve, sendo a ação a base sobre a qual se pode refletir sobre essa mesma prática. Ao integrar-se em determinado ambiente, sob determinadas condições e em interação, a pessoa vê potenciada a sua capacidade de comunicação interpessoal e intergrupar, fatores esses que concorrem na otimização das aprendizagens e do autoconhecimento. No processo de aquisição de competências, a reflexão na ação tem um papel determinante devido à mobilização de saberes e à reorganização do pensamento e ação, que resulta das interações num meio em constante mudança, da capacidade de adaptação, da autonomia e responsabilidade. A transformação pessoal decorre do caminho que é percorrido desta reflexão (Soveral, 1996; Benner, 2001). O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista defende que “a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2011, p.2). Por outro lado, o Regulamento das Competências do EEESCJ contempla que este enfermeiro especialista “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa...)” (OE, 2011c, p.1) A prática do EEESCJ é baseada na conceção de cuidados centrados na criança e na família, sendo este binómio o beneficiário dos seus cuidados especializados. Promove “(...) o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE, 2010, p.1).

A Competência é, segundo a OE (2003, p.24), um “fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”. Pires (1994), citado por Mendonça (2009, p.5), considera a competência como um “conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação empírica inicial de base e à experiência da acção, adquirida ao longo do tempo de formação empírica e não sistemática que se manifestam em situações concretas de trabalho”. Por outro lado, Mendonça (2009) reforça que a competência não é apenas o resultado do conhecimento adquirido mas um processo dinâmico adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes

teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos. Benner (2001) demonstrou também com a sua investigação, a importância da diferenciação de competências, assumindo a prática como algo potenciador do conhecimento, sendo exigível aos profissionais motivação e competências num vasto âmbito e adequação aos contextos, proporcionando assim, capacidade de resposta a situações vastas e complexas, numa constante atitude de reflexão crítica sobre as suas práticas.

Seguindo a linha de pensamento destes autores, considero que a emergência de um conjunto de competências a nível da prestação de cuidados gerais e, mais recentemente, no âmbito das especialidades, é o ponto de partida para um momento de viragem na profissão de enfermagem, assente no estabelecimento de um diálogo de influências entre a teoria e a prática, do qual emerge o poder pelo saber.

A OE (2010, p.3) define como critérios para a aquisição do grau de EEESCJ o desenvolvimento de competências comuns, aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; e de competências específicas, as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Durante este percurso formativo desenvolvi as competências preconizadas na generalidade, e com maior enfoque as competências específicas:

E1.1.1 - Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar – por exemplo **na prestação de cuidados no internamento de pediatria.**

E1.1.2 - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, como por exemplo **na utilização de técnicas de comunicação com recurso ao brinquedo terapêutico.**

E1.1.4 - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; - com as experiências de **promoção de competências parentais.**

E1.1.5 - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde – com a **realização de follow-up na UCERN.**

E1.1.10 - Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde, por exemplo a **realização da visita domiciliária.**

E1.2.8 - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família – com a **elaboração do manual de orientações em situações de urgência/emergência.**

E2.1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória - na **prestação de cuidados em triagem.**

E2.5.2 - Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação – na experiência de **ensinos às crianças e família aquando do internamento por diabetes inaugural.**

E2.5.5 - Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança – com o **desenvolvimento do estudo de caso e partilha com a equipa**

E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil – na **realização de exames globais de saúde.**

E3.1.1 - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento e E3.1.2 - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem - quando da aplicação da **escala de desenvolvimento de Mary Sheridan.**

E3.1.3 - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto –juvenil – nos múltiplos **ensinos aos Pais**

E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais - por exemplo **na prestação de cuidados de saúde na UCIN.**

E3.3.2 - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. – com a **realização de consultas na UCSP a famílias com uma grande diversidade de culturas.**

E3.4.1 - Facilita a comunicação expressiva de emoções – nas **sessões de análises das práticas com os enfermeiros.**

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O final de um ciclo implica uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados, mas sobretudo uma reflexão acerca da aprendizagem que resultou dessa experiência. A realização deste relatório foi uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada que agora concluí. Foi uma aprendizagem contínua que se traduziu numa reflexão crítica inerente em toda sua elaboração, submetendo-me a um desenvolvimento de competências, habilidades e mobilização de conhecimentos. Procurei, em toda a sua extensão, revelar o percurso e os resultados do trabalho de aprendizagem na prestação de cuidados globais à criança/família no decorrer do estágio como EEESCJ. Os objetivos inicialmente traçados foram atingidos, sendo adaptados a cada contexto e vivência.

Para além de ser uma das formas de avaliação, este relatório possibilitou efetuar uma análise crítica do desempenho e do desenvolvimento das competências durante o processo de aprendizagem, assim como refletir sobre o papel do EEESCJ, permitindo uma ascensão a nível do pensamento reflexivo e autocrítico, relativo ao percurso pessoal e profissional na perspetiva da sua autora. Facultou ainda descrever o trabalho desenvolvido, expor as atividades empreendidas para chegar às conclusões expostas nas respetivas reflexões.

A metodologia utilizada foi uma mais-valia, na medida em que a utilização de um método descritivo da minha realidade de aprendizagem permitiu-me consolidar os conhecimentos adquiridos incorporando-os nas experiências vivenciadas e permitindo assim a aquisição de competências na área da Saúde Infantil e Pediatria. Por outro lado, a adoção de processos reflexivos na aprendizagem em contexto clínico, permitiu uma postura de análise e introspeção do trabalho desenvolvido, com a finalidade de dar visibilidade aos conhecimentos adquiridos e às capacidades humanas, mas também influenciar o relacionamento com a criança/jovem e família, a comunidade e os membros da equipa de saúde.

Efetivamente, todo este percurso foi pautado pela motivação e empenho de prestar cuidados de enfermagem especializados de excelência à criança/família, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida na saúde e na doença. Nunca descurando que é “ (...) indispensável saber quem é o outro que está nos meus cuidados, quais as suas capacidades e limites de crescimento e, sobretudo, preciso saber como posso ajudá-lo a crescer e a

realizar-se, o que só é possível conhecendo as suas necessidades, as suas necessidades específicas.” (Vieira, 2009, p.115).

O ato de cuidar, fenómeno central na prática de Enfermagem, envolve uma interação que considera o cliente como um ser único, singular e com necessidades próprias. Neuman defende que a enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa (Allgood & Tomey, 2004). Mobilizando o Modelo Teórico que sustentou e orientou toda a prática ao longo deste percurso, o sistema-cliente, definido pela criança/jovem e cuidadores familiares, é um “composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socio-culturais, espirituais e de desenvolvimento” (Allgood e Tomey, 2004, p.340). O modelo em causa defende uma visão holística da pessoa, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress.

Toda a experiência que vivenciei contribuiu para prosperar tanto a nível pessoal como profissional, de diferentes formas. Como pessoa, ganhei maior capacidade para lidar com algumas contrariedades e dificuldades pessoais que enfrentei, aprendi a conhecer-me melhor e a mobilizar os recursos e habilidades para dar resposta às minhas necessidades. Passei a contemplar o mundo e as pessoas com outro olhar mais aprofundado, outra forma de perceber e compreender o dia-a-dia das pessoas, bem como a valorizar momentos, situações ou pequenas coisas que fazem com que sejamos mais felizes e realizados.

Como enfermeira, consegui adquirir um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades que me completaram, tornei-me mais exigente na minha prestação de cuidados procurando em cada momento a excelência e a qualidade. Senti a importância e responsabilidade de ser EEESCJ em todas as áreas que passei, quer pela necessidade de existir um olhar diferenciado e específico, quer pelos benefícios que a criança/família obtêm deste cuidado especializado.

Em conclusão, foi um percurso inovador e estimulante que proporcionou inúmeras mudanças ao nível de valores, sentimentos, conhecimentos, habilidades, com conseqüente crescimento, transformação e evolução como pessoa e EEESCJ. Na relação que estabeleci com a criança/família existiu “ (...) sempre um dar e receber, uma reciprocidade de afetação que se anuncia continuamente como experiência humana e significativa para ambas as pessoas envolvidas” (Vieira, 2009, p.88).

Todo o percurso é feito de desafios e obstáculos, e este não foi exceção, as dificuldades sentidas prenderam-se, pessoalmente, com a carga horária dos estágios aliada à da prática profissional, porém o balanço final é muito compensador.

Futuramente pretendo integrar o tema do trabalho emocional no plano de atividades do hospital onde exerço funções, visando não só ilustrar o meu percurso de desenvolvimento e aquisição de competências como também ser uma enfermeira de referência para os meus pares na gestão das emoções e na reflexão na ação da equipa perante uma situação de cuidados emergente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Algren, C. (2006). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 637-705). São Paulo: Elsevier.
- Alligood, M.; Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (modelos e teorias de enfermagem). Loures: Lusociência.
- Almeida, F.; Sabatés, A. (2008). *Enfermagem pediátrica – A Criança, o Adolescente e sua Família no Hospital*. Brasil: Editora Manole.
- Almeida, M.; Higarashi, I.; Molina, R.; Marcon, S. (2006). O ser mãe de criança com doença crónica: realizando cuidados complexos - *Revista Enfermagem Esc. Anna Nery*. Brasil: Editora Manole.
- Arede, I.; Mendes, M.; Marques, S. (2009). *A prematuridade no processo de parentalidade – Intervenção de enfermagem e a percepção dos pais*. Lisboa: Nursing.
- Barbier, J. M. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Barradas, A. (2008). Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção in Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta.
- Barradas, A.; Rodrigues, J.; Pereira, M. (2009). *O cuidar multicultural como estratégia no futuro*. Sacavém: Nursing.
- Barros, L. (2001). O Bebê Nascido em Situação de Risco. Em M. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentalista. 2ª ed.* Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, Patricia (2001). *De iniciado a perito.* Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. (2007). *O Grande Livro da Criança. 10ª ed.* Lisboa: Editorial Presença.
- Colliére, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Lidel.
- Colliére, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida (2ª ed.).* Loures: Lusociência.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade.* Coimbra: Quarteto.
- Curado, A. (2006). Acolher...É receber...É dar...É partilhar... Em L. Santos, *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. 1ª Ed.* Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si.* Mem Martins: Publicações Europa-América Lda.
- Damásio, A. (2001). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência.*(13ª ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurobiologia do sentir.* Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Dias, S.; Motta, M. (2004). *Práticas e Saberes do Cuidado de Enfermagem à Criança Hospitalizada.* Lisboa
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro.* Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Com as Emoções em Enfermagem Pediátrica.* Loures: Lusociência.
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2002). *Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e a Hospitalização.* Lisboa: Servir.

- Dingeman, R.; Mitchell, E.; Meyer, E.; Curley, M. (2007). *Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: A systematic review of literature*. Pediatrics.
- Espezel, H.; Canam, C. (2003). *Parent – nurse interactions: ca children*. Journal of Advanced Nursing.
- Freese, B. T. (2004). *Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Furtado, M.; Lima, R. (1999). *Brincar no hospital: subsídios para os cuidados de enfermagem*. Revista da Escola de enfermagem USP.
- Gehrling, K.; Memmontt, J. (2008). *Adversity in the Context of the Neuman Systems Model*. Nursing Science Quarterly
- Góngora, J. (2002) *Familia y enfermedad: Problemas y técnicas de intervención*. Psycologica.
- Hockenberry, M. J. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. (2013). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Ethier (2014). *Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Elsevier
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gomes, A. (1994). *Emergência: planeamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem*. São Paulo.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, D., Major, F. (1994). *El pensamiento enfermo*. Barcelona: Masson.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. Martins Fontes: São Paulo.
- Leininger, M. (1998). *Caring, an essencial human need: proceedings of three National caring conferences*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. Massachusetts: National League for Nursing.
- Lopes, M. (2006) A relação enfermeiro/doente: como intervenção terapêutica. Formasau: Coimbra.
- Loveland-Cherry, C. (1999). Risco de saúde familiar. Em M. Stanhope & J. Lencaster, *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Magnabosco, G.; Tonelli, A.; Souza, S. (2008). Abordagem no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: Uma revisão de literatura.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, D., Alcover, C., & Holman, D. (2007) Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Neuman, B.; Reed, K. (2001). *A Neuman Systems Model Perspective Model in 2050*. Nursing Science Quarterly.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros (a). (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (b). (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (c). (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pai, D.; Lautert, L. (2005). *Suporte Humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem*. *Rev. Bras Enferm.* Rio Grande do Sul.
- Perrenoud. (1993). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação. Perspectivas sociológicas*, Lisboa: Dom Quixote/III.
- Rice, R.; Musser, D.; Lindquist, S. (2004). O papel do enfermeiro prestador de cuidados domiciliários e estratégias de orientação. Em R. Rice, *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – conceitos e aplicações*. Loures: Lusociência.
- Russ, S. (1998). *Play, creativity, and adaptive functioning: implications for play interventions*. *Journal of Clinical Child Psychology*.
- Sampaio, D.; Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sanders (2014). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Elsevier
- Sánchez, A., Lucas, N., Garcia-Ochoa, J., & Sánchez, C. (2001). *Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias pré-hospitalario*. Madrid: Emergencias,.

- Serrano, A.; Pacheco A.; Perez A.; Peña A.; Arranz C. (1997) *Algunas recomendaciones para la aplicación práctica de la resucitación cardiopulmonar en domicilio*. Emergencias
- Schön, D. (1992). *Formar professores como profissionais reflexivos*. Lisboa: Dom Quixote.
- Silva, A. (2007). “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Lisboa: Servir
- Stanhope, M. (1999). O enfermeiro comunitário nos cuidados domiciliários e nos lares/algerbes. Em M. Stanhope & J. Lencaster, *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos*. (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Takahashi, R.; Oliveira, M. (2000). *A visita domiciliária no contexto da saúde da família*. Brasil: Manual de Enfermagem
- Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência
- Ume-Nwagbo, P.; Dewan, S.; Lowry, L. (2006). *Using the Nueman Systems Model for Best Practices*. Nursing Science Quarterly.
- Vale, I. (1999). *A Utilização do Modelo de Autocuidado de Orem na Uti Neonatal*. São Paulo: Acta Paul. Enf.
- Valle, E. (1997). *Câncer infantil: compreender e agir*. São Paulo.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

- Winkelstein, M. (2006). Em M. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed (pp. 1-21). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica*. 5. ed. Rio de Janeiro:: Guanabara Koogan.
- Wright, L; Leahey, M. (2003). *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Editora Roca.
- Xavier, B. (2006). A Qualidade na Urgência. Em L. Santos, *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança
- Zeichner, K. (1993). *A formação Reflexiva de Professores. Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma

Meses Dias	Setembro	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro	
	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8
4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	

UCSP	4 Semanas								Férias				
Urgência					4 Semanas								
Internamento de Pediatria										4 Semanas			
UCIN										3 Semanas			
UCERN												3 Semanas	

APÊNDICE II – Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Estágio com Relatório

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

**Cuidar da criança e família em situação emergente: a gestão da
emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem**

Trabalho realizado por:

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores nº 6062

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

Outubro de 2015

Nota Introdutória

As crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de uma proteção e de uma atenção especiais. O facto de serem seres em desenvolvimento, em sucessiva conquista de autonomia e em íntima relação no binómio criança/família, exige cuidados de enfermagem especializados com vista a um cuidar em parceria para uma otimização da saúde da criança. E, é precisamente desta exigência, que surge a necessidade de formação constante, suportada na integração de novos conhecimentos e consolidação dos já existentes, com vista a um aprofundamento de competências, que permitam encarar com confiança os desafios na saúde, presentes e futuros.

Nesta linha de pensamento, o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, visa especificamente 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.

O presente Guia Orientador de Atividades realizadas em Estágio, inserido no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, encontra-se inserido no projeto intitulado: "Cuidar da Criança e da Família em Situação Emergente – A Gestão da Emocionalidade Enquanto Intervenção Terapêutica de Enfermagem". Optei por uma temática, que é significativa na minha experiência, que interfere com a minha conceção pessoal de como deveria ser a realidade, um tema que "integra a teoria e a prática, sendo operacionalizável no real" (Castro, 1998, p.50). Enquanto enfermeira, e neste percurso para a especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, sinto a necessidade de aprofundar os conhecimentos e desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem à criança em situação emergente, com enfoque no cuidado à família e na gestão das suas emoções e sofrimento associado. A situação de emergência pediátrica é por si só um momento que envolve elevados níveis de stress, ansiedade e medo, não só para quem é o sujeito deste momento mas também para os seus entes mais próximos e para os profissionais de saúde, constituindo-se como uma experiência traumática.

Pretendo contribuir para uma orientação para as boas práticas essencialmente neste campo de intervenção de Enfermagem, propondo-me a desenvolver competências de comunicação terapêutica, relação interpessoal e de prestação de cuidados holísticos, englobando as fases de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação. Por outro lado, pretendo a procura constante da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na

minha prática diária e no sentido de assegurar uma resposta à problemática do projeto, e à continuidade do trabalho decorrente da mesma, tenciono também integrar as equipas de enfermagem e partilhar informação pertinente, por exemplo, através da formação em serviço.

Assim, como profissional de enfermagem tenciono, não só, adquirir competências para ser perito na atuação de enfermagem à criança/família em situação emergente, mas também para liderar equipas de enfermagem, de forma a alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem numa situação tão crítica e complexa, e na qual podem aflorar as emoções mais extremas e negativas. Ao nível das competências definidas por Benner (2001) classifico-me num estado de enfermeiro competente, pois a mesma descreve-o como o enfermeiro que “trabalha no mesmo serviço à dois ou três anos (...) [tornando-se] competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente.” (Benner, 2001, p.53). Através da implementação do presente projeto, pretendo desenvolver as competências de EEESCJ (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem) a um nível de Iniciado, incorporando novas descobertas na minha práxis, colaborando “na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional”. (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010, p.6).

No enquadramento do plano de estudos, o Estágio constitui um segmento de formação importante, uma vez que me proporcionará diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do enfermeiro especialista.

Defini como objetivos gerais:

- (1) Desenvolver competências de Enfermeira Especialista no cuidado à Criança e Família em situações de crescente complexidade e em diferentes contextos de cuidados pediátricos;
- (2) Desenvolver competências no âmbito da gestão emocional dos Clientes e dos Enfermeiros em situação de emergência.

Problemática

A situação de emergência é por si só um momento que envolve elevados níveis de stress, ansiedade e medo, não só para quem está sujeito a esta experiência mas também para os

familiares/pessoas significativas mais próximos e para os profissionais de saúde. Quando esta situação ocorre em crianças, todas estas emoções e sentimentos aumentam exponencialmente, não só pela conceção comum de vulnerabilidade inerente às crianças desta faixa etária mas também pela vivência de uma situação de risco pelo núcleo criança/família.

Contextos de estágio

Para que a implementação do meu projeto obedeça a uma lógica de progressiva complexidade, a ordem dos estágios será primeiramente o centro de saúde, de seguida a urgência pediátrica, o internamento pediátrico e por último dois estágios em neonatologia, efetuados em unidades diferentes que se complementam.

ACES

Este estágio irá decorrer de 28 de Setembro a 25 de Outubro de 2015. A escolha deste centro de saúde deve-se primeiramente à inexistência de EEESCJ no centro de saúde da minha localidade, seguidamente pela recomendação de colegas e pelo facto de ter oportunidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista da saúde da criança e do jovem que são preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

O ACES insere-se na Região de Saúde e Vale do Tejo e pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Norte. Este é constituído pela sede e três extensões que trabalham em parceria. A população é caracterizada por discrepâncias bastante acentuadas, tanto ao nível dos aspetos socioeconómicos e culturais, como no que concerne aos aspetos urbanísticos e acesso a serviços, coabitando dois extremos da população: a classe média e média-alta e as classes socioeconómicas desfavorecidas com famílias com forte risco de exclusão social e económico, que requerem e exigem um suporte e apoio em recursos muito próximo.

Este ACES tem como missão:

“Prestar Cuidados de Saúde Primários de qualidade, com eficiência e eficácia, à população da sua área geográfica de influência, através de: Promover da Saúde e Prevenção da Doença; Prestação de cuidados personalizados e continuados de saúde; Integração de cuidados; Vigilância epidemiológica e investigação em saúde; Implementação da qualidade total; Formação dos vários grupos profissionais nas fases pré-graduada, pós graduada e contínua”.

No âmbito da saúde da criança e do jovem, destacam-se os seguintes programas de promoção da saúde: vacinação e saúde oral, consultas de saúde infantil de segunda a sexta-feira, programa de saúde escolar e cuidados na comunidade. Importa referir que esta UCSP apresenta projetos que integram o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e a Unidade Móvel/Cuidados na Comunidade a populações em risco de exclusão.

As Unidades de Cuidados de Saúde Primários, do ACES Lisboa Norte, têm como referência hospitalar o Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

Posto este enquadramento, apresento os objetivos, atividades e competências a desenvolver:

Objetivos Específicos

- a. Identificar as estratégias que promovam a educação para a saúde;
- b. Desenvolver estratégias de gestão emocional integradas no processo relacional com a criança e família em contexto de consulta de saúde infantil e pediatria;
- c. Avaliar o desenvolvimento e crescimento da criança/jovem;

Atividades

- Realização um manual de orientações em situações de urgência cujos temas foram decididos em conjunto com a Enf.^a Orientadora.
- Registo das interações dos Enfermeiros de Saúde Infantil com o Cliente e Família (elaboração de um registo reflexivo segundo o modelo de Gibbs);
- Participação ativa nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (elaboração de um diário de campo)
- Aplicação de escalas de desenvolvimento (elaboração de um diário de campo);

Competências:

E1.1.2 - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. **E1.1.5** - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. **E1.1.10** - Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde. **E1.2.8** - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. **E2.5.2** - Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. **E3.1.1** - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. **E3.1.2** - Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. **E3.1.3** - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto -juvenil.

Urgência Pediátrica

Segundo o meu cronograma delineado este estágio irá decorrer de 26 de Outubro a 22 de Novembro de 2015.

Escolhi este local de estágio por ser um Hospital Central, com um numeroso atendimento de crianças, perspetivando um leque de experiências e situações que iriam contribuir para uma aprendizagem sistemática em situações de emergência, habilitando-me a agir perante situações que exigem uma resposta imediata e complexa, com eficiência e competência. O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN), enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade.

Na Urgência Pediátrica Hospitalar prevejo que se proporcionam cuidados de grande complexidade e diversidade, no atendimento a crianças em situação de risco eminente de vida e suas famílias. No entanto, é necessário ter em conta os inúmeros fatores que interferem nos mesmos como a necessidade de ganhar tempo, rapidez, precisão e competências na atuação (Pai e Lautert, 2005).

Posto este enquadramento, apresento os objetivos, atividades e competências a desenvolver:

Objetivos Específicos

- a. Identificar o processo de cuidados de enfermagem à criança/jovem e Família;
- b. Analisar as estratégias de comunicação que os Enfermeiros integram na relação de cuidados com a criança e família nos diferentes setores do serviço;
- c. Desenvolver estratégias de gestão emocional na relação de cuidados

Atividades

- Participação ativa na prestação de cuidados e elaboração de uma reflexão estruturada sobre as práticas;
- Identificar recursos que possibilitem o desenvolvimento de um ambiente terapêutico na idade dos 1 aos 5 anos e análise das conclusões com Enf.^a Orientadora;
- Utilização de técnicas de comunicação com recurso ao brinquedo terapêutico e análise dos benefícios confrontando com a evidência científica;
- Realização de entrevistas a 3 Enfermeiros Peritos e utilização de grelhas para desenvolver um jornal de aprendizagem intitulado: Enfermeiros com competência emocional na gestão do medo das crianças no serviço de urgência.

Competências:

- E1.1.1** - Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. **E1.1.2** - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas
-

apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. **E2.1.1** - Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. **E3.1** - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. **E3.4.1**- Facilita a comunicação expressiva de emoções.

Internamento Pediátrico

Este estágio irá decorrer de 23 de Novembro a 20 de Dezembro de 2015. Escolhi este hospital por apresentar uma realidade diferente daquela a que estou habituada, visto que exerço funções num hospital privado, cujas características populacionais e socioeconómicas são diferentes. Além disso, é um serviço com uma grande diversificação de patologias e cirurgias que acarretam um mundo de conhecimentos e competências que pretendia adquirir. Logo seriam amplas as situações e possibilidades de aprendizagem que este hospital proporcionaria.

Posto este enquadramento, apresento os objetivos, atividades e competências a desenvolver:

Objetivos Específicos:

- a. Prestar cuidados especializados à criança, jovem e família numa perspetiva holística
- b. Compreender a interação entre o ambiente e o desenvolvimento da criança, jovem e família.
- c. Conhecer os fatores emocionais que interferem com a hospitalização e as estratégias que os enfermeiros utilizam para as identificar e minimizar.
- d. Implementar, na equipa de enfermagem, momentos formais de reflexão sobre a prática com foco nos sentimentos e nas emoções.

Atividades

- Identificação dos stressores universais, conhecidos e desconhecidos.
- Identificação de medidas de diminuição do Impacto de Hospitalização.
- Elaboração de uma reflexão crítica sobre a experiência do cuidar do cliente pediátrico hospitalizado e família.
- Realização de um estudo de caso: Promoção da esperança na Criança/Família internada.
- Conduzir uma sessão de análise das práticas (com 4 a 5 enfermeiros) tendo como ponto de partida um artigo científico, como por exemplo o Lugar do Afeto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico

Competências:

E1.1.2 - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. **E1.1.4** - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. **E1.1.5** - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. **E2.5.2** - Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e

a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. **E3.1** - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. **E3.3.2** - Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Este estágio decorrerá de 4 a 24 de Janeiro de 2015. O facto de trabalhar numa área conhecida, a neonatologia, despertou o meu interesse para conhecer um contexto e uma realidade diferente. Pretendo conhecer uma nova filosofia de cuidados, o trabalho em equipa, os neonatos com patologias diversas, as diferentes situações de cuidados de enfermagem e os projetos em desenvolvimento, almejando um contributo significativo na minha formação como profissional de uma unidade de neonatologia.

Objetivos Específicos

- a. Prestar cuidados especializados à criança e família numa perspetiva holística e promotora do desenvolvimento;
- b. Identificar as estratégias de gestão emocional que os Enfermeiros integram na relação de cuidados com a criança e família;
- c. Adquirir estratégias de gestão emocional na relação de cuidados.

Atividades

- Participação ativa na prestação de cuidados;
- Realização de entrevistas a três Enfermeiros Especialistas de modo a compreender quais as estratégias que utilizam em situações emergentes na presença dos Pais - elaborar uma reflexão estruturada
- Realização de uma sessão de análise das práticas com 3 enfermeiros face a uma situação emergente vivida no serviço
- Realização de uma reflexão crítica sobre a comunicação de más notícias e gestão da emocionalidade

Competências:

E1.1.2 - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. **E1.1.5** - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. **E1.1.6** - Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. **E1.2.8** - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. **E2.5.5** - Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. **E3.1** - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. **E3.2** - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. **E3.4.1**- Facilita a comunicação expressiva de emoções.

Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Este Estágio decorrerá de 25 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2015. O Hospital serve uma população diversificada, na sua grande maioria pertencente aos diversos subsistemas ou detentoras de seguros de saúde, com os quais o hospital celebrou acordos, com o objetivo de criar condições vantajosas de acesso aos seus beneficiários, incrementando assim a sua carteira de clientes.

Objetivos Específicos

- a. Prestar cuidados especializados à criança e família numa perspetiva holística e promotora do desenvolvimento.
- b. Identificar as estratégias que promovam a educação para a saúde.

Atividades

- Participação ativa na Prestação de Cuidados;
- Formação aos profissionais sobre a estratégia de gestão das emoções em contexto de emergência: o que entendem por sofrimento, trabalho emocional, papel da família e a importância de um enfermeiro de referência e integração desta formação na Academia Cuf.

Competências:

E1.1.2 - Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. **E1.1.5** - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. **E1.1.6** - Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. **E1.2.8** - Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. **E2.5.5** - Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. **E3.1** - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. **E3.2** - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. **E3.4.1**- Facilita a comunicação expressiva de emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Algren, C. (2006). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 637-705). São Paulo: Elsevier

- Alligood, M.; Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- Barbier, J. M. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Benner, Patricia (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. (2007). *O Grande Livro da Criança. 10ª ed.* Lisboa: Editorial Presença.
- Colliére, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999.
- Colliére, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Damáσιο, A. (2000). *O Sentimento de Si*. Mem Martins: Publicações Europa-América Lda.
- Damáσιο, A. (2001). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*.(13ª ed.) Mem Martins: Publicações Europa-América
- Damáσιο, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.
- Freese, B. T. (2004). *Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Lopes, M. (2006) *A relação enfermeiro/doente: como intervenção terapêutica*. Formasau: Coimbra.

Martínez-Iñigo, D., Totterdell, D., Alcover, C., & Holman, D. (2007) Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal.

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

Pai, Deiane D.; Lautert, Liane. (2005). Suporte Humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev. Bras Enferm.* Rio Grande do Sul. 5

Schön, Donald A. (1992) *Formar professores como profissionais reflexivos*. Lisboa: Dom Quixote.

Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica*. 5. ed. Rio de Janeiro:: Guanabara Koogan.

Wright, L; Leahey, M. (2003) *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Editora Roca; 3ª edição.

Zeichner, K. (1993). *A formação Reflexiva de Professores. Ideias e Práticas*. Lisboa: EDUCA.

APÊNDICE III - REFLEXÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Estágio com Relatório

REFLEXÃO

Trabalho realizado por:

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores nº 6062

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

Outubro de 2015

Com base no meu objetivo (desenvolver estratégias de gestão emocional integradas na relação de cuidados com a criança e família) e como atividade para o atingir (registo das interações dos Enfermeiros de Saúde Infantil com o Cliente e Família) produzo este registo reflexivo. Decidi refletir sobre o medo das crianças nas consultas de vigilância de saúde infantil e conseqüentemente a intervenção da enfermeira. Não vou descrever uma situação em particular mas o retratar de diversas observações.

No ACES prestam-se cuidados de saúde primários à criança, família e comunidade, de forma personalizada e continuada. Um dos objetivos dos cuidados de saúde primários é promover a melhoria do nível de saúde da área geográfica que abrange, não só sob uma perspectiva curativa, mas direcionando a atenção a medidas de promoção de saúde e prevenção da doença. As consultas de enfermagem de saúde infantil dizem respeito a consultas programadas em idades chave estabelecidas no Boletim de saúde infantil e Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil com o intuito de avaliar o desenvolvimento da criança e identificar precocemente sinais de alerta para se poder intervir, aconselhar e estimular a família atempadamente. Estas consultas constituem a melhor forma de proceder à vigilância, à manutenção e promoção da saúde, à prevenção da doença, ao esclarecimento de dúvidas. No ACES a consulta de enfermagem de saúde infantil é realizada por enfermeiros generalistas e pela enfermeira especialista em saúde infantil. Prioritariamente e sempre que o serviço permita, as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil são realizadas pela enfermeira especialista. O que mais me impressionou nas consultas de vigilância foi que a enfermeira especialista conhecia muito bem as crianças e famílias, lembrava-se perfeitamente das consultas anteriores, história de vida, fascinante. Os cuidados centrados na família eram a filosofia de cuidados da mesma. Por vezes as crianças assustavam-se rapidamente com a bata branca, não se queriam pesar nem medir mas a enfermeira utilizava sempre estratégias de comunicação adequadas que permitiam estabelecer uma relação empática com a criança. O brincar como estratégia de distração era sempre usado pela enfermeira, ou porque a fita para avaliar o perímetro cefálico poderia ser uma fita para o cabelo, a braçadeira da tensão servia para fazer músculo, até o próprio gabinete colorido fazia com que as crianças quisessem entrar. A própria sala de espera tem um espaço lúdico que ajuda a criança a integrar-se naquele espaço que para ela é novo. Os espaços lúdicos nas instituições são socializantes e terapêutico, na medida que criam um ambiente propício a fortes ligações

entre as crianças, famílias e profissionais (Carvalho, Fonseca, Begnis, Amaral, 2004). A promoção de um “ambiente seguro e afetuoso” (Diogo, 2015) não só através da relação de cuidar afetuosa, mas também através do mundo imaginário e colorido associado ao ambiente físico, possuem uma influência recíproca na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes. (Levy, 2004).

Esta experiência para mim está a ser fantástica, a atuação da enfermeira especialista está a enriquecer muito o meu percurso. No entanto, considero que os enfermeiros generalistas nem sempre têm a premissa de cuidados que a enfermeira especialista tem. Verifiquei no decurso destas consultas que a enfermeira dava uma enorme importância a incentivar os pais e/ou a criança a expor as suas preocupações, valorizando-as e intervindo especificamente nas dúvidas/receios daquela família. A consulta de enfermagem não se resumia a um mero exame físico, ultrapassa-o em larga escala pois foram identificadas quais as necessidades de saúde, planeadas Intervenções de Enfermagem adequadas, que foram implementadas

Os processos saúde-doença vividos na infância caracterizam-se inevitavelmente por experiências de medo. Muitas vezes, o medo está associado ao desconhecido, à dor e às vivências inerentes ao estágio de desenvolvimento. Segundo a teoria do desenvolvimento de Erickson, cada estágio representa uma crise psicossocial, pelo que a forma como a criança organiza e experiencia as emoções é determinante, influenciando posteriormente as relações que esta estabelece com o meio que a rodeia. Este conjunto de experiências emocionais permite que a criança adquira uma identidade psicossocial que se revelará fundamental ao longo da sua vida, pelo que, sempre que possível, a criança deverá ter oportunidade de expressar as emoções negativas e geri-las de forma saudável, o que por si só constitui um meio para a promoção do bem-estar emocional (Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010). Essa expressão de emoções torna-se ainda mais relevante quando compreendemos a criança e jovem como seres em constante crescimento e desenvolvimento. Na perspetiva das neurociências, o medo é considerado uma emoção básica, central, específica e presente em todas as idades, culturas, raças ou espécies (Damásio, 2003). Os medos, por um lado, são inerentes à espécie humana, tendo a função de garantir a sua preservação, por outro lado, desenvolvem-se mediante vários estímulos ambientais, familiares, sociais e culturais, nomeadamente através da informação negativa das mensagens transmitidas por pessoas significativas (Ollendick & King, 1991). O medo

surge com uma função adaptativa ao longo do desenvolvimento do indivíduo e pode proteger dos perigos, manifestando-se sob forma de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais.

O contato da criança/jovem com as instituições de saúde são vividos com grande angústia, as quais geram alterações comportamentais, associadas à diversidade de condutas stressantes, às quais são submetidos quando aí se deslocam (vacinação, o exame físico, o contacto com o profissional de saúde, os materiais hospitalares). Estas são influenciadas pelo seu desenvolvimento, medo do desconhecido, pelas experiências anteriores, pela capacidade de coping e pelo apoio disponível (instituição/família/profissionais) (Magnabosco, Tonelli, Souza, 2008). Nas instituições de saúde os enfermeiros, bem como todos os profissionais da saúde, devem concentrar esforços no sentido de canalizar meios que proporcionem uma estadia ou, que a experiência vivida na instituição de saúde, seja o menos traumatizante possível para a criança, e que seja prestada desde a admissão, uma assistência humanizada em todos os cuidados.

De acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, este “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4). O enfermeiro que cuida do cliente pediátrico deve integrar na sua prática uma enfermagem que envolva uma filosofia de cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos, e o trabalho emocional em pediatria sendo que os instrumentos básicos de enfermagem de comunicação e relação terapêutica são fulcrais. “É a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si próprio um valor terapêutico.” (Collière, 1999, p.152). O desenvolvimento infantil encontra-se particularmente vinculado ao brincar, uma vez que este último se apresenta como a linguagem própria da criança, através da qual lhe será possível o acesso à cultura e sua assimilação, num movimento dialético característico do processo de crescimento e amadurecimento.

A brincadeira na instituição de saúde, na perspetiva de Glasper e Haggarty (2006, cit. por Tavares, 2011) pode ser dividida em 3 tipos: Brincadeira educativa, quando fornece informações simples e úteis, através de folhetos dirigidas às crianças, ou através

de livros e imagens com explicações acerca da instituição de saúde; Brincadeira normativa, sendo a brincadeira habitual da criança, a qual faz a ligação com a casa. Oferece normalidade e familiaridade, conforto e segurança, dando-lhe a possibilidade de expressar ansiedade e medo, sentir-se segura no ambiente estranho; Brincadeira terapêutica que está relacionada com o que a situação presente da criança ou já passada, mas muito semelhante com a atual, servindo-se da brincadeira para partilhar informações em ambos sentidos (enfermeira – criança). Pode ser empregue para a preparação da admissão ou para procedimento, sendo muito vantajoso o uso do boneco. O Brinquedo terapêutico permite à criança descarregar a ansiedade ocorrida por experiências atípicas para a sua idade, que podem ser ameaçadoras para o seu desenvolvimento e compreender a sua situação.

Na prática de enfermagem em contexto pediátrico, as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, orientando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo, 2006). São várias as estratégias de conforto e gestão emocional do medo utilizadas pelos enfermeiros, o enfermeiro deve recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções e construindo uma relação que ajuda, apoiante e securizante.

Ao cuidar da criança, os enfermeiros procuram a excelência da arte do cuidar com sentimento, emoção e brincadeira (Tavares, 2011). Benner e Wrubel (1989) sugerem que a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros peritos tendem a envolver-se mais efetivamente com o cliente e a darem uma grande importância às emoções na sua prática. Denotei que a atuação da enfermeira especialista face às generalistas assume a premissa anterior.

Para avaliar a tensão a braçadeira é amarela fluorescente e tem bonecos, ou então serve para fazer músculo. Com criatividade as consultas eram uma animação. A criatividade é uma característica imprescindível para quem trabalha na área da Pediatria, assim como a iniciativa para a aprendizagem e melhoria dos cuidados. Considero que o improvisado e a criatividade são mesmo características importantes. Ora fazemos de uma luva um balão, ora de um penso fazemos uma obra de arte... Tudo no intuito de agradar às crianças, de suavizar a sua situação clínica e de as estimular a colaborar no processo

de cuidados. Azevedo e Santos (2004) consideram que é um desafio para os profissionais de saúde fazer do brincar, não somente uma mera brincadeira mas um ato terapêutico ou seja, trabalhar nesta perspectiva é deslocar-se da doença para a saúde. O brincar não serve apenas para distrair e descontraír a criança, mas também para o enfermeiro conhecer e relacionar-se ao mesmo tempo que ajuda a criança a exprimir os sentimentos acerca da sua experiência. O enfermeiro deve saber brincar e isso requer uma avaliação prévia da criança, com o qual procura estabelecer interação, das suas características e necessidades. E depois adequar o brinquedo à criança, fazendo uso do saber, experiência, imaginação e paciência acompanhando o seu ritmo (Silva, 2004).

As emoções assumem um papel preponderante na vida de qualquer indivíduo, daí que seja essencial para a criança uma adequada gestão das mesmas, no sentido de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de *coping* face à situação que está a viver. Segundo a teoria do desenvolvimento de Erickson, como já referi anteriormente, onde cada estágio representa uma crise psicossocial, a forma como a criança organiza e experiencia as emoções é determinante, influenciando posteriormente as relações que esta estabelece com o meio que a rodeia. Esta capacidade de organização de experiências emocionais permite que a criança adquira uma identidade psicossocial adaptativa que se revelará fundamental ao longo da sua vida (Diogo & Rodrigues, 2002). Tudo isto toma especial relevância quando as emoções são demasiado escondidas ou demasiado exacerbadas, tornando-se em qualquer uma das situações perturbadoras, uma vez que a exposição excessiva às mesmas pode ser prejudicial para a saúde global da criança. A promoção da expressão emocional, por parte dos enfermeiros, permite à criança/família chegar a alguns domínios emocionais referidos por Goleman (2006): a autoconsciência e a autorregulação.

Nos termos do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros) um “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Neste sentido, o desempenho de um enfermeiro especialista requer um sólido conhecimento teórico e uma proficiente utilização desse conhecimento na prática. Contribui para o

progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência, e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar. Para concluir, considero que o brincar nas instituições de saúde proporciona equilíbrio, contrabalançando com sentimentos de medo, dor e separação. Como prática do tratamento global da família, inclui os aspetos emocionais e sociais dos cuidados, e não só a recuperação física. O brincar constitui também, um fator de proteção para todas as crianças que vivenciam uma ida a qualquer instituição de saúde, quer seja por hospitalização ou por ambulatório, num centro de saúde.

Referências Bibliográficas

Benner, Patricia (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brazelton, T. (2007). *O Grande Livro da Criança*. 10ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

Colliére, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999.

Colliére, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Diogo, P.; Rodrigues, L. (2002). *Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e a Hospitalização*. Lisboa: Revista Servir

Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

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

Silva, A. (2007). “*Enfermagem Avançada*”: *Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Lisboa: Revista Servir.

Tavares, P. (2008). *Acolher Brincando: A Brincadeira Terapêutica no acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

APÊNDICE IV – MANUAL DE ORIENTAÇÕES

**MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA ENSINOS EM SITUAÇÕES DE
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Trabalho realizado por:

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores nº 6062

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

Outubro de 2015

FUNDAMENTAÇÃO

O enfermeiro no seu dia-a-dia de trabalho depara-se com a necessidade de resolver diversas situações e para isso mobiliza competências para agir, ou seja, mobiliza os saberes de forma a prestar cuidados de enfermagem com eficácia e eficiência, constituindo um permanente desafio o de desenvolver conhecimentos específicos face à complexidade dos cuidados de saúde. Alarcão (1995), refere que ser enfermeiro implica ser competente, isto é, ser capaz de num determinado momento mobilizar um conjunto de conhecimentos e capacidades. O enfermeiro competente é aquele que sabe ir para além da prescrição, sabe agir e tomar iniciativas (Boterf, 1998). Para Benner (1995), a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho, definindo a mesma vários tipos de competência. Uma ideia já sustentada pela Ordem dos Enfermeiros referindo que os enfermeiros têm o “dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 1998, p.2).

Segundo Kérouac *et al.* (1994), a formação e competências dos enfermeiros são diversificadas e multidisciplinares, sendo a profissão marcada pela polivalência, e por isso constituírem uma força humana e profissional importante. A diversificação advém da formação permanente, da formação contínua e da formação em serviço, desenvolvendo-se esta última, analogamente com a prática profissional. A profissão de enfermagem exige então que sejam mobilizados tanto os conhecimentos adquiridos na formação de base e/ou especializada como também os renovados continuamente através da formação permanente. A formação em serviço surge então como uma estratégia de atualização, de forma dinâmica, em contexto de trabalho abrangendo todos os intervenientes do processo (Dias, 2004). Deve ser desenvolvida de forma a ir ao encontro das necessidades dos formandos, dos objetivos da unidade/equipa de cuidados e também da instituição, potenciada pelos formandos no sentido de uma oportunidade de valorização pessoal e profissional de reflexão sobre o seu trabalho.

PLANEAMENTO

Com base no que foi referido acima, e de acordo com a lacuna identificada pela Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, organizei um Dossier orientador para ensinos em situações de emergência/urgência que Profissionais de Saúde pode utilizar como recurso nos cuidados antecipatórios.

Data: Outubro de 2015

Local: UCSP do Lumiar

Objetivo Geral: Promover a educação para os Pares.

Metodologia: Descritiva

Responsável: Enf.^a L. e Enf.^a Cláudia Caetano Flores

Público-alvo: Enfermeiros da UCSP do Lumiar

Objetivos Específicos: Relembrar a atuação dos Enfermeiros face a situações de urgência ou emergência ou Permitir cuidados adequados à criança/família em situações de crescente complexidade

EXECUÇÃO

As situações de urgência/emergência não são muito comuns no ACES pelo que no Dossier encontram-se esquemas que rapidamente ajudam o profissional a relembrar a sua atuação. A realização deste manual permite desenvolver as seguintes Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem: E 1.2.1. e E. 1.2.8.

Segue-se o conteúdo disponível no Manual.

Anafilaxia

Principais causas de anafilaxia:

- Alergia alimentar: ovos, leite, trigo, amendoim, frutos secos, marisco, frutos frescos (maça, pêsego)
- Fármacos: antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, sulfonamidas, tetraciclina, quinolonas), anestésicos gerais, relaxantes musculares;
- Contraste iodado
- Proteínas estranhas: soro de cavalo, albumina do ovo, veneno de inseto, enzimas do tipo papeína, latex
- Exercício físico, radiação solar
- Moduladores do metabolismo do ácido araquidónico: aspirina, indometacina, AINEs
- Gamaglobulina
- Produtos derivados do sangue
- Produtos para contraste imagiológico
- Opiáceos, dextrano

Principais sintomas e frequência de ocorrência (Os sintomas surgem entre minutos a duas horas após contacto com o alérgeno responsável; em casos raros podem surgir após quatro horas):

- Urticária e/ou angioedema: >90%
- Dispneia e/ou sibilos: 50-60%
- Tonturas, lipotímia, síncope ou hipotensão: 30-35%
- *Flushing* cutâneo, náuseas, vômitos ou dores abdominais: 20-30%
- Edema laríngeo, da língua ou disfonia: 25%

- Rinite ou obstrução nasal: 15%;
- Prurido, sem alterações cutâneas visíveis: 5%
- Cefaleias: 5-10%;
- Convulsões: 1-2%

Classificação da gravidade da anafilaxia:

Grau I: prurido/urticaria generalizada + ansiedade/mal-estar

Grau II: Grau I + Angioedema/náuseas, vômitos ou diarreia

Grau III: Grau I + sibilos, dispneia ou estridor

Grau IV: Grau I + hipotensão, perda de consciência ou incontinência de esfíncteres

Intervenção:

1. Avaliação inicial (ABCD): remover alérgico, confirmar via aérea permeável e segura, administrar O₂ a 100%. Monitorizar FC, FR, sat.O₂, PA, canalizar via IV.

2. Adrenalina (IM, SC, IV):

• Criança – 0,01 ml/kg/dose, adulto – 0,3-0,5 ml/dose (solução 1:1000). A dose pode ser repetida após 10-15 min (ate máximo 3 doses);

3. Anti-histamínicos H₁/H₂ – diminuem a sintomatologia: clemastina (0,025 mg/kg/dose, IM ou IV, max. 2 mg), hidroxizina (0,5-1 mg/kg/dose, IM ou 1-2 mg/kg/dose, PO, max. 100 mg), ranitidina (1,5 mg/kg/dose, IV ou PO).

4. Corticosteroides sistémicos – previnem a reação tardia: hidrocortisona (5 mg/kg/dose, max. 500 mg), metilprednisolona (1 mg/kg/dose), prednisolona (1-2 mg/kg/dose, max. 60 mg) IV ou PO.

Convulsões

A causa mais frequente das convulsões é a febre. No entanto, as crises convulsivas podem ter outras causas: epilepsia e/ou lesões cerebrais.

Atuação:

- Durante a convulsão não forçar a entrada de qualquer objeto na cavidade oral, com o objetivo de permeabilizar a via aérea ou evitar a mordedura da língua;
- Evitar que a criança se magoe durante a convulsão;
- Se a convulsão se prolongar durante mais de 5 minutos fazer diazepam rectal/IV (0,5 mg/Kg/dose, ate 5-10 mg dose) ou midazolam IV/nasal/jugal (0,15-0,3 mg/Kg/dose), podendo repetir-se a dose se apos 10 minutos persistir a convulsão.
- Manter a permeabilidade da via aérea após a convulsão.

Intoxicações

Cerca de 90% das intoxicações acidentais ocorrem na idade pediátrica. De entre os agentes tóxicos salienta-se a lixívia, tintas, petróleo, verniz, detergentes e medicamentos. Em Portugal o **Centro de Informação Antivenenos (CIAV) - Tel. 808 250 143** presta informações sobre o diagnóstico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos.

Responda às perguntas do médico do CIAV:

QUEM – idade, sexo, gravidez...

O QUÊ – nome do medicamento ou produto, animal, planta...

QUANTO – quantidade ingerida ou tempo de exposição ao produto

QUANDO – há quanto tempo

ONDE – em casa, na rua, na escola...

COMO – em jejum, com alimentos, com bebidas alcoólicas

Em caso de...

Contato com os olhos: Lave com água corrente durante 15 minutos mantendo as pálpebras afastadas, não aplique quaisquer produtos. Ligue para o CIAV

Contaminação da pele: Retire as roupas conspurcadas, lave abundantemente com água durante 15 minutos. Ligue para o CIAV

Picada de animal: Imobilize a zona atingida, aplique calor no caso do peixe-aranha e frio nos restantes casos. Ligue para o CIAV

Inalação: Retire o intoxicado para o ar livre. Ligue para o CIAV

Ingestão: Não provoque o vómito, dê a beber alguns golos de água ou leite. Ligue para o CIAV

Suporte Básico de Vida

1. Assegurar a segurança da criança e do reanimador. Gritar por ajuda se estiver sozinho, ou mandar chamar. Estimular a vítima perguntando alto “estas bem?” (sem comprometer o controlo cervical) e avaliar a resposta. Se a criança responde, deixa-la na posição em que se encontra. Se não responde, gritar por ajuda, iniciar RCR e mante-la durante um minuto antes de sair para procurar ajuda.

2. **Via aérea (A)** - Com uma mão na região frontal colocar a cabeça em posição neutra no lactente ou em extensão na criança, com a outra elevar a mandíbula. Na suspeita de

traumatismo cervical fazer subluxação da mandíbula (mãos dos lados da cabeça, a ponta de 2 dedos sob os ângulos da mandíbula e os polegares sobre os maxilares, em C, e adicionar extensão mínima apenas a abertura da via aérea e insuficiente.

3. **Respiração (B)** - Inclinar a face sobre a boca e o nariz da criança e durante não mais de 10 segundos **ver** (movimentos torácicos), **ouvir** (respiração) e **sentir** (saída de ar).

Se a respiração é normal colocar em posição lateral de segurança. Se não é normal ou existem dúvidas, iniciar insuflações.

4. Adaptar a boca a boca-nariz (lactente) ou a boca pinçando o nariz (criança). Fazer 5 insuflações lentas (1-1,5 seg) avaliando a eficácia de cada uma pela qualidade da expansão torácica: se insuficiente, otimizar as manobras de abertura da via aérea (A).

Remover apenas corpos estranhos visíveis.

5. **Circulação (C)** - Durante não mais de 10 segundos, procurar sinais de vida (movimentos, tosse, respiração espontânea) e, se confortável com a técnica, avaliar a qualidade do pulso (braquial ou femoral no lactente, carotídeo na criança). Se há sinais de vida reavaliar a respiração e seguir com 12-20 insuflações/minuto. Se não há, ou se o pulso é lento (<60 bpm com má perfusão), iniciar CTE.

6. Colocar-se do lado direito da vítima. Em todas as idades as CTE são efetuadas sobre a metade inferior do esterno, um dedo acima do apêndice xifoide (para não comprimir o abdómen superior). No lactente: colocar dois dedos sobre o esterno ou (se dois reanimadores) os polegares lado a lado com as mãos a abraçar o tórax. Na criança: aplicar a base de uma ou das duas mãos sobrepostas sobre o esterno.

Aplicar pressão com o peso do corpo, mantendo os braços esticados, de forma a deprimir 1/3 do diâmetro antero-posterior do tórax (\cong 4 cm no lactente, 5 cm na criança).

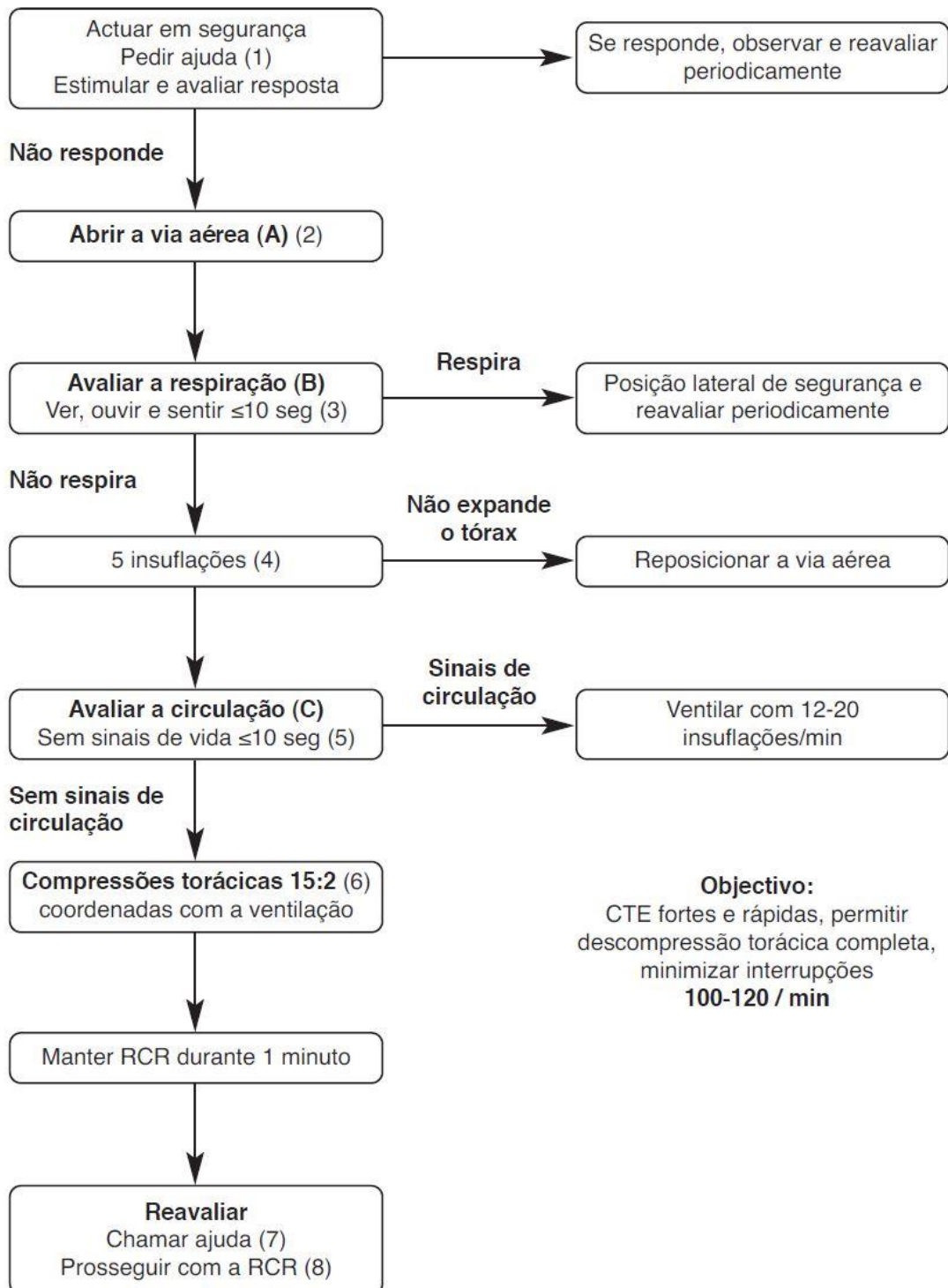
Entre cada CTE libertar totalmente a pressão, mantendo as mãos posicionadas para minimizar interrupções. Alternar 15 CTE com 2 insuflações (um reanimador sozinho poderá optar por 30:2), rapidamente, para atingir um ritmo de 100-120 bpm.

7. Após 1 minuto de RCR **reavaliar** A, B, C (sinais de vida) mantendo a abertura da via aérea e assegurar que foi ativada ajuda.

8. Prosseguir com a RCR até a criança apresentar sinais de respiração e circulação espontâneas, chegar ajuda que assuma a reanimação ou o reanimador ficar exausto.

A cada 2 minutos reavaliar respiração e sinais de vida, reposicionar a via aérea e retomar RCR na sequência A, B, C.

SUORTE BÁSICO DE VIDA – Algoritmo de actuação

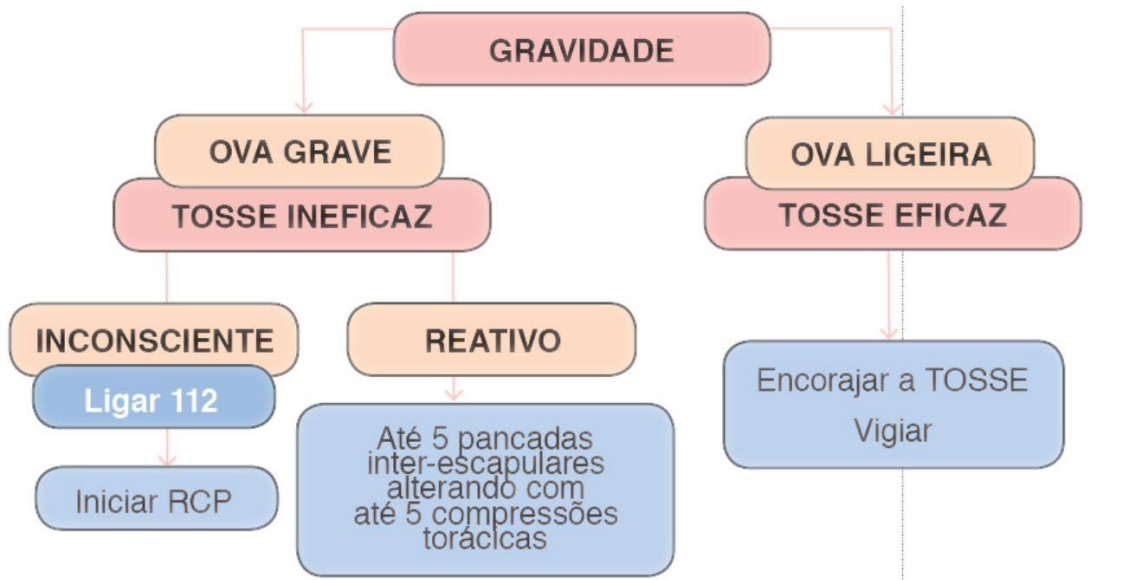


Obstrução da via aérea (OVA)

Podemos classificar a OVA quanto à gravidade:

- **Ligeira:** vítima reativa, eventual ruído respiratório na inspiração, mantém trocas gasosas, mantém reflexo de tosse eficaz.

- **Grave:** incapacidade de chorar (lactente), ruído agudo alto à inspiração ou ausência total de ruído, cianose, incapacidade de falar, agarra o pescoço com as mãos (sinal universal de asfixia), incapacidade de movimentar o ar (trocas gasosas ineficazes ou ausentes), tosse ineficaz ou ausente.



PANCADAS INTER-ESCAPULARES

1. Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima, com uma das pernas encostadas de modo a ter apoio;
2. Passe o braço por baixo da axila da vítima e suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se algum objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca;
3. Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão, na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas, isto é, na região inter-escapular;
4. Cada pancada deverá ser efetuada com a força adequada tendo como objetivo resolver a obstrução;
5. Após cada pancada deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida, aplicando até 5 pancadas no total.

COMPRESSÕES ABDOMINAIS

Com vítima de pé ou sentada

1. Fique por trás da vítima e circunde o abdómen da vítima com os seus braços;
2. Feche o punho de uma mão;
3. Posicione o punho acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima;
4. Sobreponha a 2ª mão à já aplicada;
5. Aplicar uma compressão rápida para dentro e para cima;
6. Repita as compressões até que o objeto seja expelido da VA;
7. Aplique cada nova compressão (até 5) como um movimento separado e distinto.

AVALIAÇÃO

Os enfermeiros da UCSP leram o manual e consideraram-no pertinente.

Como breve conclusão pode-se afirmar que sendo o enfermeiro, alguém que interage em diversos contextos, a formação em serviço deverá contribuir para o seu crescimento pessoal e profissional e para a implementação de boas práticas nos contextos de cuidados.

Referências Bibliográficas

Alarcão, I. (1995). *Desafios actuais da formação dos enfermeiros*. Conferência no Workshop – Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação. Porto

Benner, P. (1995). *De Novice à expert: excellence en soins infirmieres*. Paris: InterEditions,.

Boterf, G. (1998). *Da competência à navegação profissional* (2ª Edição). Paris.

Correia, M., Levy, A., Camilo, C., Abecasis, F., Vieira, M., Quintas, S. (2011). *Protocolos de urgência em pediatria* (3ª Edição). Lisboa: ACSM Editora.

Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência.

http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28461

Kérouac, S. (1994). *O pensamento do enfermeiro: concepções e estratégias*. Québec

Tamez, R., SILVA, M^a. (2009). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto risco* (4ª Edição) . Brasil: Guanabara Koogan.

Vinagre, M., Lima, M. (1998). *Os acidentes infantis: fatores sócio-cognitivos do comportamento de prevenção dos pais face ao risco de intoxicação da criança no espaço doméstico* (Vol. I). Lisboa: Análise Psicológica.

APÊNDICE V - REFLEXÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**REFLEXÃO SOBRE AS PRÁTICAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA**

Trabalho realizado por:

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores nº 6062

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

Novembro de 2015

O presente documento tem como objetivo refletir sobre as práticas na urgência pediátrica. As expectativas que levava eram muitas: conhecer a realidade do serviço de urgência pediátrica, desenvolver competências gerais e específicas de enfermeira especialista nesta área, desenvolver o meu projeto, obter novos conhecimentos e prosperar a nível profissional e pessoal.

O meu estágio desenrolou-se entre a Triagem, Sala de Tratamentos e Serviço de Observação (SO). Procurei participar e colaborar ativamente com a Enf^a. Orientadora e mais autonomamente ao longo de todo o percurso. Inicialmente surgiram as dificuldades de adaptação a um local novo, a dinâmica (Circuito da criança e família no serviço de urgência) e formas de trabalhar diferentes, fui observando atentamente, estudei e consegui sentir-me mais segura para poder prestar cuidados de uma forma cada vez mais adequada e competente. Consultei os diversos manuais/trabalhos do serviço tais como o manual de triagem, entre outros. Deste modo, procurei fazer uma observação participativa inicialmente e, autónoma posteriormente, questionando os colegas acerca de rotinas, modo de executar determinados cuidados, observando o trabalho em equipa e funcionamento geral do serviço.

Foram inúmeros os conhecimentos e experiências que consegui vivenciar. Encontrei situações mais graves e urgentes e situações mais simples e de fácil resolução. No fim do estágio, já conseguia realizar autonomamente a triagem das crianças e jovens procurando descrever o mais fidedignamente o que foi observado e relatado pelos pais/acompanhante/adolescente, fazendo o despiste de algumas situações de maior complexidade; prestava cuidados na sala de tratamentos (colheitas de sangue, colocação de via periférica, aspiração de secreções, exsudado faríngeo para pesquisa de strep A, administração de medicação, ensinamentos diversos) e fazia os registos adequados no alert e manual apropriado.

Apercebi-me do profissionalismo e espírito de ajuda que a equipa de enfermagem tem e de como este modelo de atuação beneficia em muito a qualidade do trabalho. Fui realizando troca de experiências com os colegas, acerca de informações e modos diferentes de trabalhar. Esta partilha e observação foi muito benéfica porque enriqueci a minha prestação de cuidados, alertando-me para novas maneiras de estar e cuidar.

Tal como vem descrito no perfil de competências do enfermeiro especialista, quando estamos perante uma criança ou jovem temos de cuidar não só dela, mas de toda

a família, foram várias as solicitações neste sentido, às quais não pude descurar. Aprendi também como o planeamento e gestão das atividades do enfermeiro especialista são importantes na urgência pediátrica. Tudo acontece muito rápido, a capacidade de resposta do enfermeiro tem de ser rápida, eficaz e competente.

Na urgência pediátrica, as emoções dos pais são geralmente intensas o que pode comprometer a capacidade de escuta e compreensão, devido ao stress que uma situação urgente acarreta. Como enfermeiros devemos estar atentos e dar resposta às necessidades da criança e dos pais (de informação, proteção e respeito). De acordo com cada família/criança as necessidades eram colmatadas, procurando dar informação aos pais com o objetivo de promover a autonomia e segurança da família, de forma a satisfazer os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde que exemplifico: na triagem encontrei vários familiares que não administravam medicação antipirética à criança as quais chegavam à urgência com hipertermia correndo maior risco de convulsão. Procurei ensinar e validar sempre como deviam proceder numa situação futura. Na sala de tratamentos surgem casos como: ensinar a fazer uma simples limpeza nasal, fazer a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor (aplicação EMLA®, distração com brinquedos e cooperação dos pais/família através de uma comunicação aberta), colocar uma via periférica, colher sangue para análises e administrar medicação. Por último, no SO encontram-se as crianças que necessitam de maior vigilância e na maioria das vezes utiliza-se o sistema parcialmente compensatório, sempre com a família da criança como parceira no cuidar. No serviço de urgência, é focado constantemente o papel dos pais na parceria dos cuidados e a promoção das suas competências, sendo patente em todas as áreas mas principalmente no SO onde as crianças permanecem mais tempo e a equipa multidisciplinar tem mais contacto com a criança/família.

A decoração do serviço alude aos planetas do sistema solar mas ainda há muitas aéreas do serviço que além de necessitarem de serem reformadas necessitariam de mais decoração, especialmente o SO.

A preocupação no reforço positivo após cada procedimento e a entrega de autocolantes/diplomas de bom comportamento estavam presentes no serviço, o que demonstra o carinho com que as crianças eram tratadas naquele local. Importa referir que a intervenção do enfermeiro exige disponibilidade, humanidade, uma abertura profunda de dar e se abrir ao outro, estar com, características que se revelam como passos de gigante

no processo de ajuda ao outro, de descoberta e de encontro fundamentos de uma relação interpessoal.

Destaco por fim, o contributo que teve a relação aluna - Enf.^a Orientadora para o sucesso do estágio, alcançando todas as minhas expectativas e objetivos. Toda a partilha de experiências foi essencial, todas as reflexões diárias após os cuidados prestados em conjunto e trabalho diário, foram momentos de aprendizagem, apoio e suporte constantes. A Enf.^a conseguiu demonstrar-me desde a capacidade de ser um líder na equipa, demonstrando conhecimentos atualizados, formação, capacidade de gestão, resolução de problemas, deteção de riscos, ultrapassando vicissitudes e dificuldades constantes.

APÊNDICE VI – JORNAL DE APRENDIZAGEM



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
6º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM
Gestão dos medos das crianças no serviço de urgência: Uma competência
emocional do EEESCJ

Trabalho realizado por:

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores nº 6062

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
Novembro de 2015

Os enfermeiros para serem eficazes e eficientes no exercício da sua profissão necessitam de um conjunto de competências e recursos humanos, que dizem respeito ao que atualmente se considera Competência Emocional, e nomeadamente a Auto motivação, a Gestão de Emoções e a Empatia. Esta competência é fundamental, pois para que os profissionais conheçam as suas emoções e as possam gerir de forma eficiente é necessário que as reconheçam nos outros, para poderem auxiliar os clientes a quem prestam cuidados, no seu processo de gestão de emoções enquanto percorrem o árduo caminho para a sua recuperação física e emocional. Neste contexto, a Competência Emocional é uma temática com pertinência, pois as emoções e tudo o que abarcam adquirem visibilidade dia após dia, sendo que o seu constructo tem-se instituído num dos conceitos mais discutidos e debatidos nos vários domínios da psicologia e da saúde.

A escolha deste tema deriva do interesse pessoal da autora, uma vez que existe curiosidade em saber como se desenvolve e promove a importância das emoções num serviço de urgência. Pretendeu-se assim, e entre outros objetivos, observar se os enfermeiros desenvolvem estratégias na gestão dos medos das crianças em contexto de urgência, pois é na infância que se ajustam significativos “circuitos emocionais tornando-nos mais aptos – ou inaptos – nos aspectos básicos da inteligência emocional. Isto significa que a infância e adolescência são como janelas de oportunidade críticas para definir os hábitos emocionais que hão de governar as nossas vidas” (Goleman, 2012).

Para além do objetivo enunciado foram também definidos outros: observar se os enfermeiros desenvolvem atividades/estratégias de forma a gerir o medo das crianças no serviço de urgência e identificar nas crianças, quais as emoções mais observadas, nas diferentes valências do serviço de urgência.

Foquei-me na idade das crianças dos 1 aos 5 anos, porque é nestas etapas do desenvolvimento que os procedimentos terapêuticos são encarados como mais perturbadores (Barros, 2003).

Competência Emocional (Goleman, 1995, 2003, 2005; Saarni, 1999, 2002; Bisquerra, 2003; Veiga-Branco 2004, 2005, 2007) é definida como o conjunto de capacidades que expressam as habilidades dos sujeitos em conhecer em si mesmo, gerir e conhecer nos outros os fenómenos emocionais e de se motivarem perante problemáticas e constrangimentos.

As competências/capacidades da Competência Emocional são a Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo.

A Autoconsciência é a capacidade de conseguir uma elevada perceção das emoções que sente. O enfermeiro emocionalmente competente tem que possuir a noção exata dos sentimentos e emoções que sente, saber como se expressam no seu corpo internamente e externamente. Assim, durante a prestação de cuidados ao utente e/ou família o enfermeiro deverá ser, por um lado, observador, flexível, capaz de se adaptar a novas ideias e acontecimentos controlando de forma consciente a sua postura corporal. Por outro, quando não conseguir fugir aos sentimentos que o envolvem não se deve deixar cair num sequestro emocional, ajustando o seu comportamento de forma racional e consciente, ou seja ser capaz de gerir as suas emoções, garantindo a eficácia e eficiência dos cuidados que presta. A Auto motivação corresponde ao controle de uma forma produtiva das emoções usando a energia em proveito próprio. O enfermeiro emocionalmente competente não age por impulso, pensando em primeiro e só agindo depois. Desta forma, perante um resultado negativo consegue distanciar-se da situação, perceber o que correu mal e usar o conhecimento adquirido em situações futuras, não se culpabilizando ou censurando ou atribuindo o sucedido à falta de sorte. A Empatia é a competência fundamental para que o enfermeiro seja sensível e aceite os sentimentos do outro, sem desconforto, medo ou raiva, desenvolvendo uma relação de ajuda. A empatia é a fonte de eficácia organizacional para criar equipas emocionalmente competentes. O enfermeiro competente a nível emocional é capaz de ler os canais verbais e não verbais criados nas interações com os outros, sendo flexível e ajustando-se de forma consciente e racional às situações. Este processo não é mais que ser capaz de gerir relacionamentos.

Contributo de 3 Enfermeiros especialistas do serviço de urgência

Cuidar de crianças, especialmente quando elas estão a sofrer, é suscetível de envolver uma significativa quantidade de trabalho emocional (Smith, 2012).

Decorrente da evolução da profissão, e da própria conceção de cuidar, a enfermagem tem transformado o seu foco de cuidados, de essencialmente técnica e curativa para uma visão holística da criança/família, envolvendo múltiplas dimensões: física, emocional, social, psicológica, ambiental e desenvolvimental. Nesta lógica, prestam-se cuidados holísticos de extrema importância para a criança, tendo em conta as suas limitações no que concerne às estratégias que permitem lidar eficazmente com a experiência de doença/hospitalização, com o mínimo de sequelas possíveis (Tavares,

2011). Cuidar, conceito central na identidade da Enfermagem, envolve a compreensão da experiência humana associada aos fenômenos saúde-doença.

A gestão emocional permite regular a emocionalidade, ou seja, atenuar as disrupções emocionais e por conseguinte facilita o autocontrole e promove o bem-estar dos sujeitos em interação (Diogo, 2015). Na prática de enfermagem em contexto pediátrico, as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, orientando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo, 2006).

Lidar com a experiência de medo associada aos processos de saúde-doença nem sempre é fácil.

No meu percurso de estágio efetuei a seguinte questão aberta a 3 enfermeiros especialistas: *"Sr.ª Enfermeira X, gostaria que me explicitasse as estratégias que mobiliza na sua prática para gerir os medos das crianças neste serviço de urgência"*.

As respostas obtidas foram:

Enf.ª A: *“o brincar, a recompensa, a distração, o pensamento imaginário e a musicoterapia”*

Enf.ª B: *“distração, musicoterapia, presença dos Pais”*

Enf.ª C: *“O brinquedo terapêutico, a recompensa com entrega de diplomas e/ou autocolantes, a distração e a presença dos Pais”*.

Realizei ainda a grelha de observação abaixo e apliquei-a.

Emoções	Alegria	Medo	Tristeza	Raiva
Local				
Acolhimento na Triagem				
Procedimentos invasivos				
Procedimentos não invasivos				
Internamento no SO				

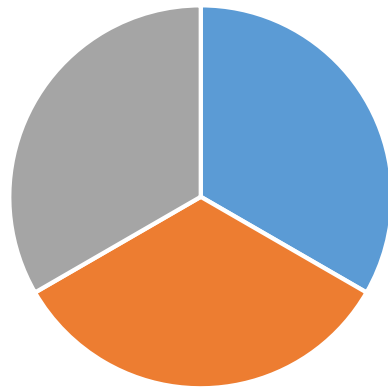
Nos gráficos abaixo mostro os resultados que obtive:

Triagem



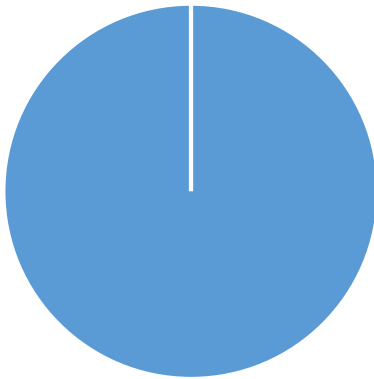
■ Medo ■ Alegria

Procedimentos invasivos



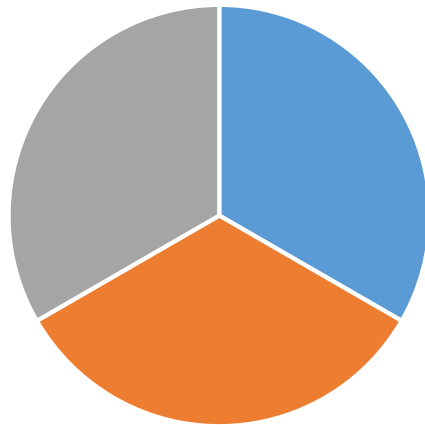
■ Medo ■ Raiva ■ Tristeza

Procedimentos não invasivos



■ Medo

Internamento no SO



■ Medo ■ Tristeza ■ Alegria

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentalista. 2ª ed.*
Lisboa: Climepsi Editores.

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

Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional.* Lisboa: Temas e Debates.

APÊNDICE VII - REFLEXÃO

Elaboração de uma reflexão crítica sobre a experiência do cuidar do cliente pediátrico hospitalizado e Família - Cuidar do cliente hospitalizado com doença crónica e sua família

Desde o início da humanidade que existe o conceito de cuidar, uma vez que é imprescindível para manter e sustentar a vida do ser humano. Considera-se que foi esta atividade inata que esteve na origem da profissão de enfermagem. Atualmente a enfermagem é entendida como uma arte, uma ciência de cuidar englobando conhecimentos humanos e científicos baseados nas relações interpessoais (Pontes & Ferreira, 2009).

Durante o estágio no serviço de pediatria médica, tive oportunidade de cuidar de vários adolescentes com doença crónica e sua família, sobretudo adolescentes com Diabetes Mellitus (inaugural) ou Patologia Renal. Senti necessidade de refletir sobre a intervenção do enfermeiro especialista junto do adolescente e família em situação de doença crónica, pois considero que a reflexão sobre a prática é imprescindível para que o enfermeiro possa acompanhar o cliente/família, através de um cuidar holístico, individualizado e envolto de humanização.

As doenças crónicas podem ter várias implicações na vida pessoal, familiar e social do adolescente. Algumas acompanham a vida do adolescente, enquanto outras têm um prognóstico reservado a curto ou a médio prazo; algumas têm uma sintomatologia constante, enquanto outras podem permitir períodos mais ou menos longos de ausência total de sintomas; algumas implicam pequenas alterações na vida quotidiana, enquanto outras impõem grandes limitações na funcionalidade do adolescente e exigem a adesão a tratamentos extremamente perturbadores e incapacitantes. Para Boice (1998), o efeito psicológico da doença crónica no adolescente, pode ser evidenciado tendo em conta cinco fatores: tipo e grau de deficiência física; visibilidade da doença; incerteza quanto à sua natureza e evolução; irregularidade e imprevisibilidade dos seus efeitos e intensidade dolorosa dos tratamentos.

As características do adolescente as suas competências cognitivas e sociais, as suas perceções e expectativas, o seu processo de desenvolvimento também influenciam a forma como o adolescente encara a doença crónica (Barros, 2003). Alguns autores afirmam mesmo, que as perceções do adolescente e família acerca dessa doença e dos seus mecanismos de coping para lidar com a doença têm um maior impacto no processo de adaptação do adolescente/família do que a severidade da doença crónica (Carey, 2000; Lawoko & Soares, 2006; Meyers, 1997).

A percepção dos pares acerca da doença crónica também influencia a forma como o adolescente constrói novos significados da doença.

Neste contexto, considero que o enfermeiro que presta cuidados a adolescentes com doença crónica para além de possuir um conhecimento adequado acerca desta fase do desenvolvimento humano, também deve conhecer as necessidades particulares do adolescente, a sua percepção da doença, a capacidade de se relacionar consigo próprio e com os outros e a sua forma de estar no meio familiar e sociocultural que o envolve. É também fundamental que o enfermeiro aceite a opinião do adolescente, considere o seu ponto de vista, permitindo que escolha tanto quanto possível, demonstrando a confiança que deposita nele. A tomada de decisão responsável ocorre, quando o enfermeiro, para além de fornecer a informação necessária, reconhece os sentimentos do adolescente, respeita as suas necessidades de autoexpressão e os seus desejos. Ao cuidar do adolescente, é necessário que o enfermeiro tenha sempre em atenção a necessidade deste manter a sua privacidade; esta necessidade, que começa na adolescência a manifestar-se cada vez mais, decorre do desenvolvimento sexual e das alterações de crescimento tão evidentes nesta fase (Santos, 2001).

Por outro lado, o ambiente do internamento deve ser estruturado, coeso e securizante, de forma a proporcionar ao adolescente oportunidades para adquirir capacidades apropriadas ao seu estágio de desenvolvimento, assim como, capacidades de adaptação social e de relação interpessoal (Johnson, 1995). Este ambiente não pode ser “ameaçador” para os adolescentes, que procuram a sua identidade, por isso, o enfermeiro deverá fomentar o processo de adaptação e integração no serviço, encorajando os adolescentes a expressarem os seus medos e preocupações, e a tomarem consciência dos seus limites dentro do serviço, bem como das formas através das quais podem satisfazer as suas necessidades individuais.

O enfermeiro deverá desenvolver um plano de cuidados com a colaboração do adolescente, promovendo atividades, tendo em conta as suas rotinas, organizando o dia de forma a incluir os procedimentos terapêuticos, os trabalhos escolares, exercício, tempo para estar com os seus amigos, televisão, área de Promover e encorajar o auto cuidado, possibilitar a escolha da sua dieta, da sua roupa, do horário de repouso é também importante para que o adolescente sinta que tem algum controlo e autonomia no mesmo no internamento (Wong, 1999). A maioria dos adolescentes também se sente mais seguro quando sabe o que o espera em dado momento, pelo que a preparação para procedimentos e exames, assim como o fornecimento de todas as informações desejadas pelo adolescente contribuem em larga escala

para a compreensão do momento que vivem e, portanto, para a diminuição da ansiedade e do medo do desconhecido.

Como diz Price citado por Barroqueiro (1996), é fundamental que a hospitalização não seja um obstáculo, antes pelo contrário, constitua um tempo e um espaço que dê uma resposta continuada e ajustada, facilitadora do desenvolvimento do adolescente, pelo que é essencial atender aos diferentes tipos de necessidades.

É necessário utilizar novas formas de criar oportunidades para que os adolescentes manifestem e desenvolvam o seu potencial, atividades que promovam um maior autoconhecimento e autoestima, dinâmicas que facilitem a gestão de conflitos e de sentimentos e fomentem um maior autocontrolo. De facto, a distração com atividades adequadas ao seu desenvolvimento é imprescindível para o equilíbrio do adolescente. À medida que são descobertas novas capacidades, devem ser reforçados positivamente os pontos fortes dos adolescentes, no sentido de aumentar a sua autoestima. Para além destes aspetos estas atividades lúdicas podem ser mediadoras da relação terapêutica, pois permitem que o enfermeiro conheça melhor o adolescente e construa uma relação de maior proximidade e confiança. A promoção do conforto e alívio da dor através de intervenções farmacológicas ou não farmacológicas em prol do bem-estar aos mais diferentes níveis é um cuidado essencial. As intervenções não farmacológicas como a “distração, auto controlo, inoculação de stress, relaxamento e imaginação guiada (...) têm demonstrado a sua eficácia em situações de dor crónica” (Barros, 2003).

Alguns autores apontam que nestes jovens é evidente a falta de expectativas positivas de vida, por isso torna-se essencial que os enfermeiros ajudem o adolescente a refletir sobre o “amanhã”, a perspetivar o seu futuro, a encontrar-lhe algum sentido e a readquirir a motivação por viver novas experiências. Perspetivar o futuro e definir estratégias para alcançar os objetivos traçados aumenta poderosamente a força do Eu, melhora a autoestima, torna a pessoa mais competente para enfrentar as dificuldades e lidar com a frustração e organiza gradualmente o mundo interno do indivíduo. (Sampaio, 2000). E ao refletir sobre o futuro, é necessário manter a esperança e incentivar as expectativas positivas e perseverança para desenvolver o seu projeto de vida. Os jovens precisam de apoio, incentivo e aconselhamento realista relativamente às opções profissionais para o futuro.

É também extremamente importante que o enfermeiro estimule o adolescente a utilizar estratégias de *coping* adequadas para lidar com as adversidades do dia-a-dia.

Estas contribuirão para aumentar a resistência interna do adolescente e a sua tolerância a situações causadoras de stress, de sofrimento e de angústia, ou seja, promovem uma maior resiliência por parte do adolescente (Santos, 1998).

Mas para que o adolescente consiga, de facto, integrar que tem uma doença crónica e adaptar-se a essa situação é crucial que o enfermeiro inscreva os seus cuidados numa relação terapêutica, que promova o desenvolvimento, a maturidade, uma maior capacidade de lidar com as situações indutoras de stress. Segundo Rogers (1985), a relação terapêutica pode ser definida como uma *“situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo”*. Fornecer informações, conhecimentos, assegurando-se de que o adolescente compreende; ajudá-lo a falar dos seus temores, suas dúvidas, sua ira, sua tristeza, dar-lhe apoio no momento das emoções difíceis, acompanhá-lo durante o seu percurso para a solução de um problema ou tomada de decisão são algumas das intervenções de relação terapêutica.

Nesta relação, a permissividade para que o adolescente possa expressar todos os seus sentimentos, o respeito pelo seu direito a autodeterminar-se, e reconhecimento e compreensão da sua individualidade são imprescindíveis. É necessário que, em primeiro lugar, o enfermeiro reconheça que o adolescente é o único detentor de recursos essenciais para a resolução das suas dificuldades, pelo que não deverá substituí-lo em aspetos relativos a sua participação na ação, nem impor procedimentos, mas sim ajudá-lo a encontrar a melhor solução para a satisfação das suas necessidades, ou seja, facilita ao adolescente o reconhecimento e a autodescoberta dos seus potenciais recursos, de acordo com a sua própria personalidade e o contexto sociocultural em que se insere.

O adolescente encontra-se num período de transição da sua vida, de mudanças a vários níveis e de constantes desafios, por isso é normal que se sinta vulnerável, ansioso, tenso, com falta de conhecimento e de controlo. É fundamental que perante estes sentimentos, e independentemente dos seus comportamentos de risco, o enfermeiro demonstre uma atitude de aceitação. Por vezes, o toque, um olhar de aceitação, uma palavra de conforto, um sorriso, um silêncio, um momento de escuta ajuda a diminuir a sensação de desamparo, e transmite-lhes segurança, fá-los sentir que existe alguém que se preocupa com eles e em quem podem confiar. O saber ouvir é uma das melhores formas de oferecer apoio, criando uma atmosfera recetiva e de aceitação para com o adolescente e família.

A compreensão do sofrimento como uma experiência humana subjetiva, carregada de significados e valores e eventualmente importante do ponto de vista do desenvolvimento humano, obriga a uma atitude de atenção fenomenológica e a um envolvimento existencial: um estar-com e atuar-com o outro (Gameiro, s.d.). Estes processos de ajuda são primordiais para a compreensão da essência e significados pessoais da vivência da doença crónica. Promovem uma reflexão sobre a sua condição, permitindo-lhe reformular as interpretações, por vezes distorcidas, da realidade que vivencia e atribuir significações mais próximas do real, em suma, são atitudes que permitem ao adolescente a descoberta de um sentido para a própria experiência de sofrimento, mantendo-lhe a esperança de conseguir viver em harmonia consigo e com os outros que o rodeiam.

O enfermeiro deve desenvolver também a capacidade de confrontar o adolescente, de forma a que ele reflita acerca da sua doença, ou seja, deve criar um desequilíbrio para que o indivíduo evolua na sua organização cognitiva. O resultado produzido pela reflexão do indivíduo proporcionará novas pistas e novos caminhos por explorar e, nessa situação de desequilíbrio, o apoio do enfermeiro continua a ser sempre fundamental para que o adolescente desenvolva as suas potencialidades.

A doença e a hospitalização do adolescente afeta toda a dinâmica familiar, por isso deve existir uma relação aberta entre a família e o enfermeiro, que promova a partilha de experiências e o desenvolvimento de competências que permitam à família lidar com a situação de desequilíbrio. Numa fase inicial, o enfermeiro, em conjunto com cada família, deve ser capaz de fazer uma avaliação das competências familiares para lidar com os tratamentos e as necessidades do adolescente, no sentido de preparar a família para o regresso ao domicílio, individualizando o ensino sobre as necessidades de tratamento e reabilitação do adolescente em causa. (Barros, 2003).

Boice (1998) afirma que algumas famílias têm tendência a isolar-se da sociedade, vivendo muito centrados na doença do seu filho. Acrescenta que o facto de os pais manterem os seus contactos sociais e trabalharem fora de casa, traz benefícios para o adolescente, uma vez que as restrições parentais são menores e, esta é uma questão importante para a conquista de autonomia do adolescente. Famílias flexíveis e abertas à mudança, coesas, que comunicam abertamente entre si e que aceitam apoios externos, atingem mais rapidamente a homeostase perdida numa situação de doença. Um adolescente com doença crónica viverá com mais

qualidade e adaptar-se-á mais facilmente à sua doença numa família “saudável” do que numa família também ela doente (Barros, 2003).

Assim sendo, a família deve ter espaço para exprimir os seus receios, sentimentos de culpa e de revolta, colocar dúvidas, expor expectativas, enfim, a família também precisa ser cuidada. As estratégias de confronto utilizadas pelos pais são centrais, não só porque determinam a sua forma de reagir e de resolver os problemas, mas também porque são bons modelos para os filhos. Os Pais que são capazes de procurar e trabalhar a informação, de manter uma atitude otimista, evitando catastrofizações, de estabelecer metas razoáveis e reconhecer os pequenos progressos, e de encontrar um sentido para as suas experiências, são aqueles que vão dar um maior incentivo e apoio aos seus filhos (Barros, 2003). Os cuidados de enfermagem quando prestados no contexto de uma relação de ajuda contribuem necessariamente para a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde que se prestam à pessoa, à família ou à comunidade. Os cuidados de enfermagem, porque se centram nas relações interpessoais, necessitam de um conjunto de referências de suporte (Mendes, 2006). Nos últimos anos, a tendência dos profissionais de saúde dirige-se para o desenvolvimento de habilidades sociais que permitam que a comunicação enfermeiro/utente seja eficaz, nunca descurando a família (Cortés, 2011). No caso da pediatria, o papel parental é central na relação de ajuda. O papel dos pais tem sido estudado em diversas perspetivas. Atualmente os estudos realizados nesta área têm visado as necessidades de apoio aos pais das crianças hospitalizadas, verificando-se assim uma preocupação crescente relativamente à participação dos pais nos cuidados (Santos, 2011).

Os pais não exercem somente o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afetivo da criança, são também conciliadores entre a criança e o mundo externo, conforme afirma Mano (2002). As crianças são particularmente vulneráveis às mudanças, tanto no seu ambiente como nas rotinas habituais, o que acontece num episódio de internamento. Também para os pais esta situação é causadora de angústia e insegurança, tornando-se fundamental a união da família, onde a díade criança/família encontre um ambiente terapêutico que promova o melhor interesse da criança.

Os enfermeiros de saúde infantil e pediatria devem ter a preocupação de desenvolver capacidades que lhes permitam trabalhar com a família, traduzindo uma filosofia de cuidados contribuindo, inevitavelmente para a mudança de esquemas tradicionais em enfermagem pediátrica (Mano, 2002).

Falando da família, não podemos esquecer os irmãos. Dependendo do seu próprio estágio de desenvolvimento, podem reagir com raiva, ressentimento, ciúme e culpa. Necessitam, portanto, de ser esclarecidos em relação ao que está a acontecer, porque também eles estão a vivenciar uma alteração na dinâmica familiar (Wong, 1999).

Para facilitar a integração na escola, os professores deverão ser informados das particularidades da doença, que se repercutem nas atividades escolares assim como adequarem as tarefas habituais à condição do adolescente e encorajá-los a colaborar na aula de forma a sentirem-se integrados no grupo. Por vezes as agudizações da doença e os internamentos prolongados interferem com a frequência às aulas, desmotivando-os e dificultando a sua adaptação escolar. Neste sentido, família, escola e hospital devem promover condições para que a continuidade da escolarização seja preservada.

A integração do adolescente/família em associações que permitam a partilha de sentimentos e experiências entre famílias com o mesmo tipo de doença crónica também é muito importante. O contacto/convívio com outros adolescentes na mesma situação tem-se mostrado benéfico, uma vez que promove a comunicação interpessoal e o apoio dos pares (Barros, 2003).

Referências Bibliográficas

- Barroqueiro, C. (1996). *A hospitalização do adolescente*. Lisboa: Revista Enfermagem
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Boice, M. (1998). *Chronic illness in adolescence*. Gale Group.
- Carey, L. (2000). Parenting young children with congenital heart disease. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering*.
- Carey, L.; Nicholson, B.; Fox, R. (2002). Maternal factors related to parenting young children with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Gameiro, M. (s/d.) *O sofrimento na doença*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Johnson, B. (1995). *Child, Adolescent, and Family Psychiatric Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

- Lawoko, S.; Soares, J. (2006). *Psychosocial morbidity among parents of children with congenital heart disease: a prospective longitudinal study*. Heart & Lung: The Journal of Critical Care.
- Meyers, B. (1997). Maternal perceptions of parenting infants with congenital heart disease: Implications for early intervention. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Rogers, Carl R. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Sampaio, D. (2000). *Vozes e Ruídos Diálogos com Adolescentes*. Lisboa: Caminho.
- Santos, A. (2001). *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.

APÊNDICE VIII – ESTUDO DE CASO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular – Estágio com Relatório**

ESTUDO DE CASO

**Promoção da Esperança na Criança/Família Hospitalizada num Serviço de
Pediatria inspirado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

Trabalho realizado por:

Cláudia Filipa dos Santos Caetano Flores nº 6062

Docente Orientador:

Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa
Dezembro de 2015

INTRODUÇÃO

O conhecimento das respostas humanas face à doença é essencial ao processo de cuidados de Enfermagem, baseado numa interação pessoal com intencionalidade terapêutica - processo facilitador da readaptação e aprendizagem de novas competências, permitindo a integração das significações de esperança na gestão da sintomatologia que advém da doença, no bem-estar e qualidade de vida. (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim sendo, urge a avaliação dos ganhos em saúde aquando da prescrição e execução de intervenções promotoras de esperança, que visam o cuidar dos Pais nos distintos estádios de confronto com a doença de um filho(a). Das características das mencionadas ações, salienta-se a mutualidade/ filiação e as relações interpessoais (carinho, partilha, sentimento de pertença e sentido do possível) bem como o envolvimento de condutas de reciprocidade, autenticidade e responsabilidade na influência comunicacional que é exercida com a criança / pais / família (Miller, 2007).

Em enfermagem pediátrica o relacionamento humano é de grande importância, centrando-se na relação interpessoal cliente pediátrico e família/pessoas significativas, respeitando a interação entre diferentes valores, crenças e desejos de natureza individual inerentes ao contexto ambiental. O enfermeiro interfere no meio, sendo agente de mudança e estando em constante mudança, Diogo (2012) citando Watson (2002) refere que o processo de cuidados é um processo relacional, e este é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos. Tal como afirma Costa (2010), citando Diogo (2006), “as escassas investigações recentes na área da enfermagem, a par da nossa experiência na prática do cuidar, das reflexões e das pesquisas efetuadas, levou-nos a compreender que as emoções, e tudo aquilo que sentimos, têm uma especial importância na interação humana do cuidar”.

Com o desenvolvimento deste estudo de caso pretendia-se perceber a importância da implementação de estratégias promotoras de esperança junto duma família de uma criança internada.

O desenvolvimento deste estudo de caso busca subsídios ao MIAMPE (Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança) de Charepe (2011) e ao Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica de Promoção de Esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O processo de construção do estudo de caso em questão permitiu o desenvolvimento de estratégias de promoção de esperança e a aquisição de competências

inscritas no perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº 123/2011).

A construção deste estudo de caso é uma das atividades desenvolvidas em contexto de estágio e que pretende contribuir para a sensibilização da equipa para esta temática e divulgação de estratégias de promoção de esperança.

A estrutura deste estudo de caso que se segue inclui o enquadramento conceptual, a avaliação inicial da criança e família, o plano de cuidados, discussão de resultados e conclusão.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O estudo de caso pode constituir uma forma de aumentar os conhecimentos que se têm de um indivíduo ou grupo. Os questionários, entrevistas e observação são alguns dos meios para colher dados neste tipo de estudos (Fortin, 2009).

Este estudo de caso tem como objetivo estudar a importância da esperança para os pais de uma criança internada num serviço pediátrico, com o diagnóstico clínico de síndrome nefrótica congénito. A díade criança/família na qual se baseia este trabalho apresenta a riqueza e a unicidade que caracteriza este tipo de estudo. O termo Síndrome Nefrótica Congénito é habitualmente utilizado para designar o Síndrome Nefrótico que surge antes dos 3 meses de idade.

O quadro clínico de uma síndrome nefrótica congénito é motivo de grande preocupação e ansiedade para os pais de uma criança. O medo e ansiedade podem advir também neste contexto pelo próprio internamento. A esperança assume um papel fundamental no cuidar em enfermagem. Segundo Cavaco *et al.* (2010) a esperança contribui para o aumento da capacidade da pessoa lidar com situações de crise, manutenção da qualidade de vida, determinação de objetivos saudáveis e promoção da saúde.

Os termos usados para descrever a essência da esperança são geralmente muito positivos. A esperança é uma experiência pessoal única, uma capacidade humana, uma disposição interior, uma necessidade e um estado e uma fonte capaz de modificar a existência humana. A esperança significa segurança em relação às outras pessoas e em relação à consistência da vida. A esperança é definida como uma experiência de significado e propósito de vida (Kylma & Vehvilainen-Julkunen, 1997). A esperança pode ser entendida “como uma força de vida dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação da vida, emergindo das experiências partilhadas (...) associada ao bem-estar psicológico dos pais e ao desenvolvimento das suas expectativas, podendo proteger os mesmos contra a ansiedade e o sofrimento” (Charepe, 2011). No MIAMPE (Charepe, 2011) a esperança relaciona-se com orientação para a vida/futuro (definição de objetivos, visionar de possibilidades e descoberta de caminhos/soluções alternativas), união (relações de coesão nos grupos de ajuda mútua, ampliadas pelas experiências partilhadas), confiança (fiabilidade e credibilidade atribuída a outros pais e técnicos) e transformação pessoal significativa (reformulação dos recursos internos que possibilita a mudança de perspetiva e valorização das conquistas da criança).

As experiências da doença e hospitalização resultam numa situação de crise para a criança e família, sendo esta avaliada e compreendida à luz da maturação dos seus membros. A capacidade de adaptação e reajuste a estas situações dependem de vários fatores: idade, estágio de desenvolvimento, maturidade, experiências anteriores, gravidade de diagnóstico, processo de vinculação, e recursos de suporte disponíveis. A criança hospitalizada requer cuidados especiais que vão além do acompanhamento dos pais e envolvem a dedicação dos profissionais. Tais cuidados não se limitam à prestação de cuidados físicos e tratamentos clínicos, mas na observação das necessidades psicológicas, socioculturais e espirituais do cliente e na adoção de formas de relacionamento e comunicação adequadas ao desenvolvimento infantil (Soares e Vieira, 2004). No entanto, o cuidar em pediatria está intensamente revestido de ressonância emotiva e afetiva (Diogo, 2006) pelo que a relação enfermeiro-cliente como intervenção terapêutica implica também a gestão das emoções (Lopes, 2006).

Pela natureza intrínseca do internamento, pela constante sensação de ameaça à vida, a esperança parece ser claramente importante e relevante neste contexto.

Alicerçando este estudo de caso nas Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, deve sublinhar-se que os princípios orientadores da intervenção em esperança são uma base inicial fundamental. Destaco a importância do respeito pelas histórias de vida, crenças e necessidades dos pais, a importância do enfermeiro disponibilizar todos os recursos formativos necessários aos pais, do reconhecimento dos pais enquanto parceiros no cuidar. Outro aspeto basilar refere que “o desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança requer o estabelecimento de uma escuta ativa” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

2. AVALIAÇÃO INICIAL

Nesta parte do estudo pretende-se dar a conhecer aspetos relacionados com a criança e família. Pretende-se conhecer antecedentes de saúde da jovem e da família, a história da doença atual e a avaliação familiar usando os instrumentos ecomapa e genograma de esperança. O conhecimento profundo desta família possibilita uma intervenção direcionada para os aspetos mais significativos no que diz respeito à promoção de esperança.

2.1. Identificação da criança

Nome: E.

Sexo: Masculino

Idade: 1 Mês

Peso: 5Kg

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Açores

Agregado Familiar:

Pai – E.

Mãe – S.

Residência: Ponta Delgada

Data de Admissão: 20/11/2015

2.2. Antecedentes de saúde do E.

O E. é um lactente de 1 Mês e 7 dias transferido do Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada por Síndrome Nefrótico Congénito. Às 30 semanas de gestação diagnosticado na ecografia uma hidronefrose à direita. Análises do 3º trimestre sem alterações, nasceu por parto distócico (fórceps) com IA:3/7/9, 3890gr e 54.3cm.

Desde os 15 dias de vida Pais notaram edema com aumento de 90gr/dia, irritabilidade pelo que recorreram ao hospital.

2.3. Antecedentes Familiares

Os antecedentes familiares do E. incluem:

Tia materna: Nefropatia secundária a diabetes tipo I.

2.4. História da Doença Atual

A patologia que leva ao internamento desta criança no serviço de pediatria médica é um Síndrome Nefrótico Congénito.

2.5. Avaliação Familiar

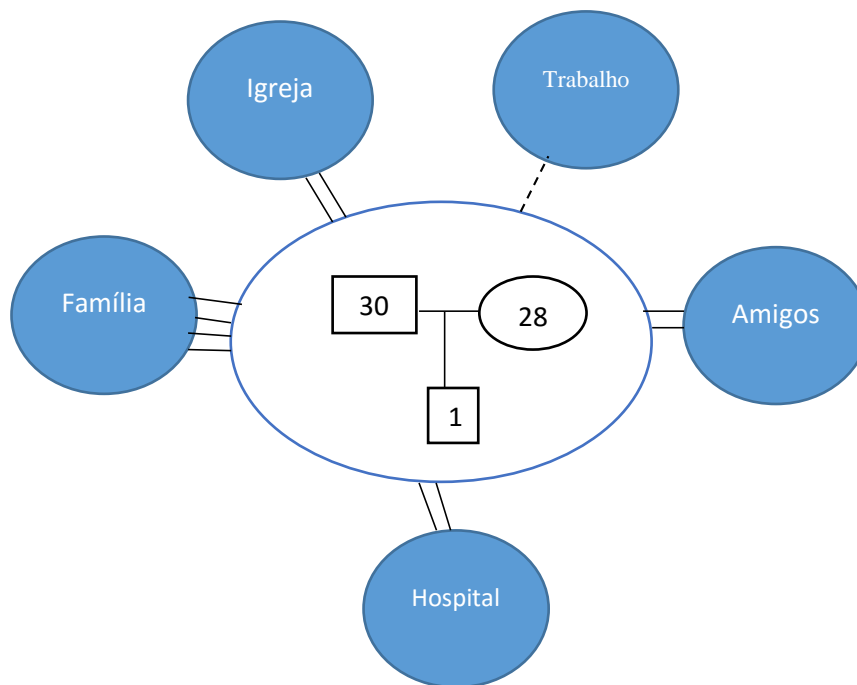
Para avaliar as forças e recursos de esperança desta família recorreu-se a alguns instrumentos de avaliação familiar que a seguir se expõem. Para a sua construção a

recolha de dados foi efetuada ao longo do internamento e em entrevista realizada aos Pais do E. O guião da entrevista encontra-se no Anexo II.

2.5.1. Ecomapa

O Ecomapa tem como objetivo representar os relacionamentos da família com os sistemas mais amplos, enfatizar o funcionamento familiar e o seu contexto ambiental (Leahy & Wright, 2009). No círculo do centro é representada a família nuclear e nos círculos externos “pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar” (Leahy & Wright, 2009). As linhas que unem os círculos representam o tipo e a intensidade da ligação entre eles.

A seguir representa-se o Ecomapa da família E. e respetiva legenda (Fig. 1):



Legenda do Ecomapa:

--- **Relação ténue**

= Relação Forte (o aumento de linhas entre o recurso e a família indica o aumento da intensidade da relação)

Dos recursos da rede social podemos constatar que as relações mais fortes são com a igreja. A mãe destaca ainda o papel de apoio da família alargada e dos amigos em momentos de crise. Destacam também o papel positivo de apoio da equipa de profissionais de saúde do Hospital.

2.5.2. Genograma de Esperança

Segundo Leahley e Wright (2009) os genogramas “atuam como avisos constantes para lembrar as enfermeiras *pensarem na família*”. Segundo as mesmas autoras fornece dados ricos sobre relacionamentos ao longo do tempo e também pode incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações.

O Genograma de Esperança permite “identificar os recursos e interações de esperança numa perspetiva inter-geracional” tendo como vantagens de utilização “facilitar a operacionalização de um plano de intervenção que vise a promoção de esperança e incentivar uma abordagem nas forças e recursos de esperança” (Charepe, 2011).

O genograma de esperança regista padrões de interação em esperança (relação promotora de esperança, relação com antecedentes de esperança, relação de ameaça á esperança) e ainda recursos de esperança como os atributos pessoais (coragem, serenidade, carinho, energia, otimismo e orientação para o futuro), memórias moralizantes (recordações de momentos positivos) e base espiritual (presença de crenças e práticas espirituais) (Charepe, 2011).

O genograma de esperança da família do E. e respetiva legenda encontra-se na figura 2.

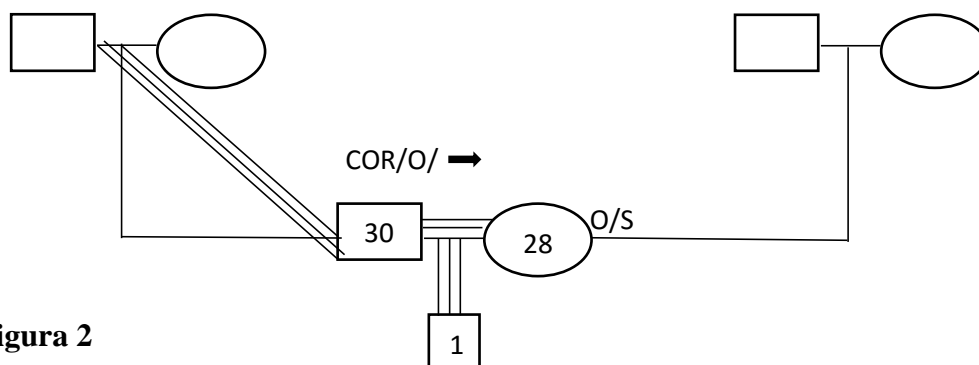


Figura 2

Legenda Genograma de Esperança:

≡ Relação promotora de esperança

COR: Coragem

S: Serenidade

C: Carinho

O: Otimismo

➔ Orientação para o futuro

Relação promotora de esperança

Do genograma de esperança destaca-se a relação entre o casal enquanto promotora de esperança, a relação com o E e a relação com os avós Paternos. Dos recursos de esperança os atributos pessoais da mãe são o otimismo, e a serenidade. Os do Pai são a coragem, otimismo e orientação para o futuro.

3. STRESSORES IDENTIFICADOS

Stressores Variáveis	Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais
Fisiológica	sintomatologia		- a presença de CVC e algaliação
Psicológica	ambiente hospitalar		- a dor e o desconforto
Sócio-cultural		- afastamento dos familiares que estão nos Açores	- a necessidade de hospitalização, influencia as relações com os familiares e os hábitos da criança
Desenvolvimentalista	limitações de mobilização na criança devido a CVC, algaliação...		- uma hospitalização prolongada afeta o desenvolvimento da criança

Espiritual	realização de procedimentos necessários		
-------------------	---	--	--

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO NÍVEL DAS VARIÁVEIS PRECONIZADAS POR BETTY NEUMAN

Variável fisiológica

- Monitorização de sinais vitais, realização de colheitas de sangue, administração de medicação via cateter central e controlo do débito urinário.

Variável psicológica

- Apoio psicológico aos Pais, facilitando a comunicação expressiva de emoções e esclarecendo dúvidas.

Variável sociocultural

- Identificação das necessidades de apoio social e adequação da linguagem dos ensinamentos realizados face ao nível de escolaridade dos Pais.

Variável Desenvolvimentista

- Realização de uma comunicação adequada com a criança, tendo em conta a sua idade e estágio de desenvolvimento.

Variável Espiritual:

- Utilização de um discurso promotor de esperança, identificação da forma de como os Pais interpretam uma doença crónica.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O ponto de partida deste caso foi a intervenção em esperança numa família de uma criança internada, seguindo para isso as orientações disponíveis no âmbito das Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e no MIAMPE de Charepe (2011).

Os recursos usados na avaliação inicial, nomeadamente a avaliação familiar, através da construção do ecomapa e genograma de Esperança permitiram em conjunto com os Pais a identificação de forças e recursos disponíveis para ajudá-los a ultrapassar este momento tão difícil. Estes recursos eram constituídos essencialmente pela família alargada, pelos amigos e pela igreja.

No sentido de construir uma avaliação mais pormenorizada sobre a vivência da esperança nestes pais usou-se o MIAMPE (Charepe, 2011) com o objetivo de identificar fatores promotores de esperança e fatores de ameaça á esperança.

Da entrevista com aos Pais da criança surgiram enquanto fatores de promoção de esperança (Anexo III: a orientação para a vida/futuro, a união com os outros através do reconhecimento da família e dos amigos enquanto recursos, a confiança reconhecida aos cuidados de saúde disponibilizados pela equipa e a importância da fé neste momento de necessidade.

Paralelamente a análise da entrevista realizada permitiu identificar fatores de ameaça á esperança (Anexo IV) nomeadamente os Pais reconhecem terem pouco tempo para os mesmos mas acordaram sair uma vez por semana juntos.

Para ajudar a avaliar o sentimento de esperança e ao mesmo tempo fazer os Pais questionarem-se sobre o que podem fazer para aumentar a esperança utilizei uma Régua de Esperança (Anexo V), usando uma escala visual e numérica que ajudasse a traduzir o seu estado de esperança. Este instrumento já utilizado em estudos anteriores foi inspirado em réguas usadas para avaliação de parâmetros vitais como a dor, foi usado apenas como forma de ajudar os pais a identificarem os seus próprios sentimentos, as oscilações entre estados de esperança e desesperança e questionarem-se sobre os seus recursos e forças, não pretendendo ser um instrumento de medição.

Tendo em conta o diagnóstico identificado selecionaram-se as intervenções que se julgaram mais adequadas tendo em conta a criança e família que cuidava.

Considerando o fator de ameaça identificado “*preocupação com o futuro*” direcionou-se a intervenção para a facilitação da expressão de emoções, para o esclarecimento de dúvidas e medos relacionados com o futuro. Com a intervenção verificou-se uma melhoria neste estado, com uma manifestação menor de preocupação com o futuro, alicerçado também na evolução muito favorável da própria jovem.

Outros fatores de ameaça identificados foram o “*abdicar de si próprio*” e “*alterações da vida familiar*”. Esta doença súbita levou a que os seus pais estivessem presentes de forma constante. As cartas terapêuticas proporcionam momentos de reflexão e de aproximação com o sistema familiar, ressaltando forças e mudanças efetuadas. Destacam os esforços dos pais nos cuidados prestados aos seus filhos, oferecem ideias e sugestões de intervenções. As cartas terapêuticas são uma oportunidade de criar uma relação mais colaborativa com os pais. Algumas das suas possibilidades incluem

“validação de forças, elogios, palavras, frases, ou ideias que se sobressaem em nossas conversas, oferecer novos olhares para a situação que está sendo vivenciada ou realçar o que aprendemos com a família” (Bouso, Mendes-Castillo & Silva, 2010).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo de caso permitiu a aquisição de conhecimentos e competências no percurso de formação em que me encontro. Antes de mais permitiu-me a apropriar do conceito de esperança, aprofundar conhecimentos sobre a intervenção em esperança e a possibilidade de aplicar estratégias de promoção da esperança nos cuidados prestados a crianças e pais internadas.

A hospitalização é um contexto que por si só constitui ameaça à esperança dos Pais. O medo associado ao risco iminente de vida dos seus filhos, das complicações de saúde que podem sofrer, o ambiente, podem constituir ameaça aos olhos de Pais de crianças gravemente doentes. O enfermeiro deverá incluir assim no seu plano de cuidados a estas crianças/pais, intervenções destinadas a promover a Esperança, tendo em conta a importância desta enquanto foco de atenção de enfermagem.

Para além dos ganhos pessoais já referidos este estudo de caso pretende também ser um contributo para o próprio contexto em que foi realizado, contribuindo para a sensibilização da equipa para o uso de estratégias promotoras de esperança nas crianças e pais que cuidam, tendo por base as Boas Práticas em Promoção de Esperança publicadas pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bouso, R.; Mendes-Castillo, A.; SILVA, L. (2010). *A arte das cartas terapêuticas no cuidado de famílias enlutadas*. Brasil: Brazilian Journal of Nursing.

Carvalho, W.; Filho, E. (2009). *Stroke in children*. Rio de Janeiro: Jornal de Pediatria.

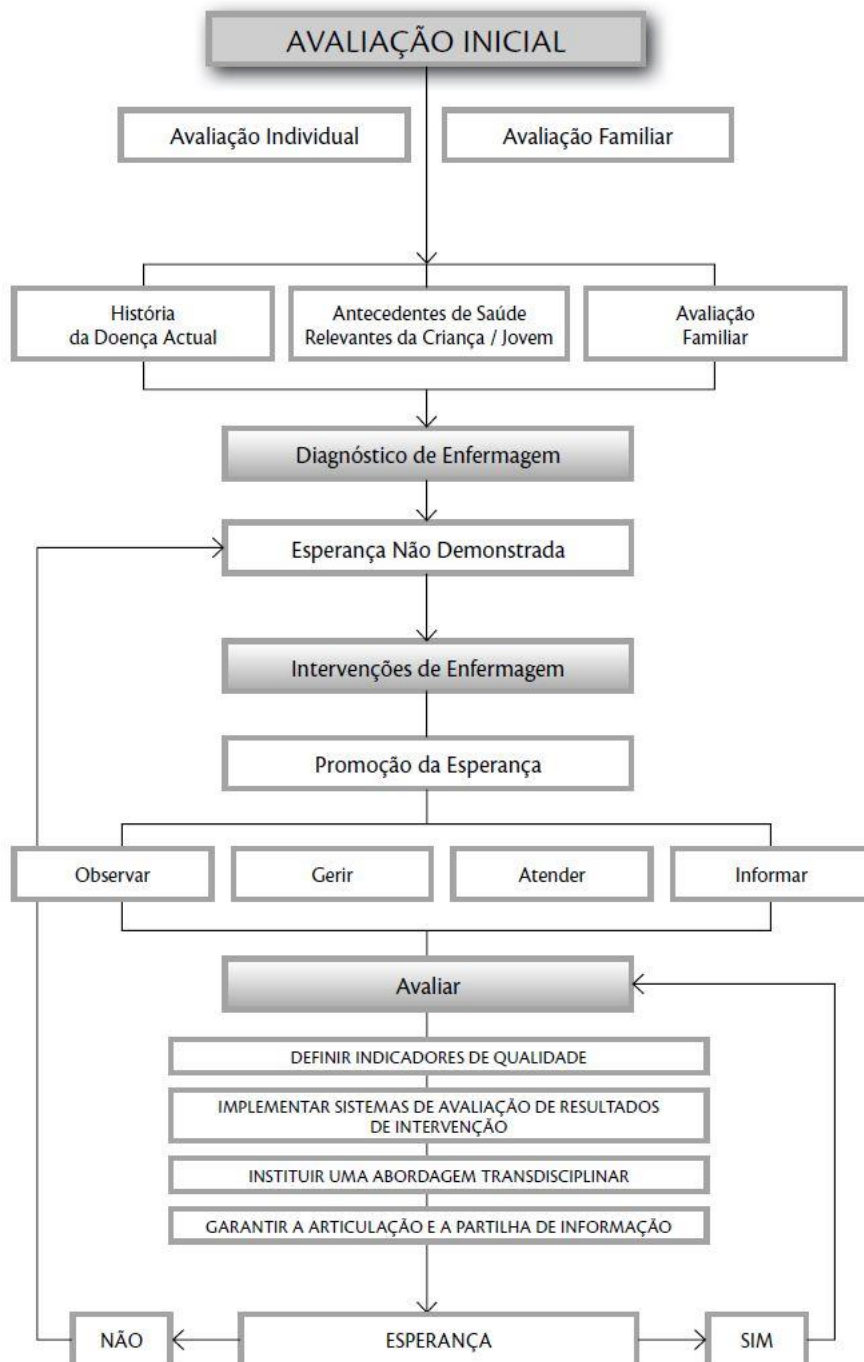
Cavaco, V. et al. (2010). *Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?*. Coimbra: Revista Referência.

- Charepe, Z. (2011). *O Impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança nos pais de crianças com doença crónica: construção de um modelo de intervenção colaborativa*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Charepe, Z. et al. (2011). (Re) Descoberta da Esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis.
- Cutcliffe, J.; Herth, K. (2002). *The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing*. London: British Journal of Nursing.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Goulão, A.; Vilela, P. (2003). *Dissecções arteriais cervicais e intra-cranianas: revisão da apresentação aguda clínica e imagiológica de 48 casos*. Lisboa: Ata médica Portuguesa.
- Hall, E. (2005). *Being in a alien world: Danish parent's lived experiences when a newborn or small children is critically ill*. Scandinavian: Journal of Caring Sciences.
- Hanson, S. (2001). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência.
- Kylmâ, J.; Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). *Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research in hope*. Oxford: Journal of Advanced Nursing.
- Leahey, M.; Wright, L. (2009). *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I - Algoritmo de Intervenção em Esperança
(Retirado do Guia Orientador de Boas Práticas em Saúde Infantil e Pediátrica
Promoção de Esperança, Ordem dos Enfermeiros, 2011)

ALGORITMO PARA A INTERVENÇÃO EM ESPERANÇA



ANEXO II- Guião de Entrevista aos Pais

Guião de entrevista aos pais:

Avaliação inicial:

1. Considera importante ter esperança?
2. De que forma a esperança a pode ajudar a ultrapassar os momentos mais difíceis?

Avaliação Familiar:

Construção do Ecomapa:

3. Em quais instituições participa atualmente?
4. Quais as que lhe dão mais apoio em momentos de necessidade?
5. Como descreveria a sua relação com os funcionários da escola?
6. Como descreveria a sua relação com as suas colegas de trabalho e chefe?
7. Como descreveria a sua relação com as instituições de saúde?
8. Como descreveria a sua relação com a Igreja?
9. Como descreveria a sua relação com a sua família alargada?
10. Como descreveria a sua relação com os seus amigos?
11. Como descreveria a sua relação com os seus vizinhos?

Construção do Genograma de Esperança:

12. Quem habita na sua casa?
13. Descreva-me a sua parte da família.
14. Descreva-me a parte da família do seu marido.
15. Que tipo de relação mantém com cada elemento da família? Identifique as relações que transmitem esperança, encorajamento e apoio emocional, as relações que no passado lhe transmitiram esperança e pessoas que possam ser ameaça à manutenção de esperança.
16. Que atributos pessoais considera ter que a ajudam a enfrentar as adversidades e a ter esperança?
17. Tem alguma crença ou prática religiosa? De que forma a fé a ajuda a ter esperança?

Avaliação dos Fatores de Ameaça à Esperança e de Promoção da Esperança:

18. Sente-se capaz de cuidar do seu filho neste momento?
19. Que tipo de sentimentos tem em relação ao futuro? O que o (a) preocupa daqui para a frente?
20. A doença do seu filho influencia a sua situação laboral?
21. O que pensa em relação à doença do seu filho?
22. Tem ou teve dificuldades no acesso ao tratamento do seu filho?
23. Tem toda a informação que gostaria em relação à doença do seu filho? Foi-lhe difícil de obter?
24. Que tempo dedica/reserva para si próprio para além dos cuidados que presta ao seu filho neste momento?
25. Como foi afetada a relação com o seu marido devido à doença do seu filho? Sente-se apoiada por ele?
26. Quem sente que lhe serve de apoio dentro da sua família?
27. Como descreve a sua relação com os profissionais de saúde? Sente dificuldade de comunicar com eles?
28. Sente confiança nos cuidados que lhe estão a ser prestados?
29. Numa escala de 0 a 10, sendo o zero o sentimento de ausência total de esperança e o 10 o sentimento de esperança máxima já experienciada, como classifica o seu sentimento de esperança neste momento? O que poderá fazer para aumentar em 1 ponto o seu sentimento de esperança? (Régua de Esperança)

ANEXO III – Grelha de Avaliação dos Fatores Promotores de Esperança

GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS FACTORES QUE INFLUENCIAM A ESPERANÇA: Identificação dos fatores promotores de esperança (Adaptado do MIAMPE, Charepe, 2011)

Orientação para a vida/futuro		Assinar se aplicável
Os Pais partilham vivências relacionadas com a descoberta de caminhos e soluções alternativas	Os Pais investem na procura de soluções alternativas no cuidar e/ou para uma melhor qualidade de vida para os seus filhos	
	Os Pais identificam soluções, reconhecendo-as como apoio à sua vivência (exemplos, ideias ou pensamentos)	
	Os Pais descrevem momentos como consultas, cirurgias e/ou outros tratamentos como possibilidades para um melhor futuro dos seus filhos	
	Os Pais descrevem a escolha de caminhos que facilitam a aquisição de recursos, que consideram importantes no cuidar dos seus filhos	
	Os Pais reconhecem a importância de não desistir, na procura de caminhos e soluções alternativas	X
Os Pais partilham vivências relacionadas com o estabelecer e reformular metas/objetivos	Os Pais reconhecem a importância de traçarem metas/objetivos	
	Os Pais descrevem como estabelecem um plano orientador da concretização de metas/objetivos	
	Os Pais descrevem como conseguiram concretizar algo importante	
	Os Pais valorizam e reconhecem a aprendizagem como um objetivo para lidarem com a doença dos seus filhos	
	Os Pais reconhecem que continuam a aprender para sentirem maior segurança no lidar com a doença dos seus filhos	
	Os Pais descrevem como dão resposta à situação atual, tendo em conta o que já aprenderam no passado sobre a doença dos seus filhos	
	Os Pais descrevem como identificam as necessidades e/ou esclarecem as suas dúvidas, junto da equipa de saúde e/ou outros recursos	
	Os Pais identificam a ajuda que necessitam para cuidarem dos seus filhos	
Os Pais partilham vivências relacionadas com o visionar de possibilidades	Os Pais partilham a ausência de recidivas, e/ou reinternamentos dos seus filhos	
	Os Pais referem-se à esperança de vida da criança, reconhecendo a importância do seu papel	
	Os Pais identificam e relativizam as suas vivências, por padrão de comparação com as vivências de outros Pais	

	Os Pais atribuem maior valor aos seus filhos, por padrão de comparação com as vivências de outros Pais	
	Os Pais reconhecem que não são os únicos que têm problemas	X
	Os Pais valorizam o que têm de bom nas suas vidas, por padrão de comparação com as vivências de outros Pais	
	Os Pais demonstram acreditar na melhoria/progressos na condição física dos seus filhos	
	Os Pais demonstram acreditar na capacidade dos seus filhos, para terem no futuro, o seu lugar na sociedade	
	Os Pais demonstram acreditar que o futuro será melhor, considerando como possibilidade, o não agravamento da condição de saúde dos seus filhos	
	Os Pais demonstram acreditar, que todas dificuldades percebidas pelos mesmos podem ser ultrapassáveis	
União com os outros		
Os Pais reconhecem os outros Pais enquanto modelos de esperança	Os Pais valorizam e reconhecem nos outros pais, a alegria e a força quando lidam com a doença dos seus filhos	
	Os Pais reconhecem a possibilidade de sorrir perante a adversidade, inspirados pela ligação que estabelecem à força dos outros Pais	
	Os Pais reconhecem que é possível atingir os seus objetivos, inspirados pelo que os outros pais têm conseguido obter para cuidar dos seus filhos	
Os pais partilham vivências relacionadas com a família enquanto recurso	Os Pais reconhecem e valorizam a ajuda disponibilizada pelos membros da família	X
	Os Pais reconhecem e valorizam os relacionamentos que mantêm com os membros da família	X
	Os Pais reconhecem que a doença dos seus filhos incentivou a união entre os membros da família	
	Os Pais reconhecem que a doença dos seus filhos incentivou a partilha entre os membros da família	
Os pais partilham vivências relacionadas com a rede social enquanto recurso	Os Pais reconhecem e valorizam a ajuda disponibilizada pelos amigos	X
	Os Pais reconhecem e valorizam os relacionamentos que mantêm com os amigos e colegas	X
As experiências partilhadas entre os pais estão relacionadas com o suporte informativo e/ou formativo	Os Pais partilham o que têm aprendido para lidarem com a doença dos seus filhos	X
	Os pais partilham como gerem a sintomatologia e/ou o tratamento dos seus filhos	

	Os pais partilham as informações que pesquisaram acerca da doença dos seus filhos	
As experiências partilhadas entre os Pais estão relacionadas com o suporte emocional	Os Pais demonstram uma atitude de disponibilidade e de escuta	X
	Os Pais partilham que é possível gerir as suas vidas, apesar da condição de saúde da criança	
	Os Pais transmitem aos outros pais mensagens de apoio e encorajamento	
	Os Pais disponibilizam ajuda aos outros pais, pois acabam por se ajudar a si próprios	
	Os Pais valorizam na partilha a vivência dos outros pais, pelo reconhecimento que existem problemas idênticos	
As experiências partilhadas entre os pais estão relacionadas com o suporte instrumental	Os Pais partilham os recursos da comunidade a que têm acesso e/ou que pretendem ter acesso	X
Confiança		
Os Pais expressam o seu propósito de vida	Os Pais reconhecem que a sua vida tem um propósito de vida/missão, por terem um filho com uma doença	
Os Pais expressam a confiança nos cuidados recebidos	Os Pais expressam na partilha a confiança que têm nos cuidados disponibilizados pela equipa de saúde	X
Os Pais expressam a sua fé	Os Pais valorizam a importância da sua fé, nos momentos em que mais necessitam de apoio	
Objetos de Esperança		
Os Pais reconhecem a sua capacidade de reagir e resistir	Os Pais reconhecem ter um olhar diferente para encarar a situação de doença dos seus filhos	
	Os Pais expressam que com força interior (persistência, tolerância e paciência) conseguiram melhorar a qualidade de vida da criança	
	Os Pais expressam que irão continuar a ajudar a criança a atingir os seus objetivos	
	Os Pais reconhecem que estão mais fortes e têm mais experiência quando enfrentam a adversidade	
	Os Pais reagem à adversidade, reconhecendo que são lutadores	X
	Os Pais expressam demonstrarem estar bem quando estão junto dos seus filhos, mesmo quando não se sentem bem	
	Os Pais expressam ter mais confiança e mais capacidade de suportar a adversidade, deixando de considerar como prioritário o problema	

	Os Pais expressam que ultrapassaram todas as suas expectativas, pois superaram as dificuldades mais do que imaginavam conseguir	
	Os Pais identificam os momentos do passado em que tiveram força, como inspiradores para conseguir ultrapassar situações difíceis no presente	
Os Pais envolvem-se numa ajuda recíproca, pela partilha da sua filosofia de vida	Os pais reconhecem que são responsáveis pelos seus filhos serem felizes	X
	Os Pais reconhecem que “vivem um dia de cada vez”, o mais intensamente possível	
	Os Pais reconhecem que “vivem um dia de cada vez”, simplificando a vida	X
	Os Pais expressam que “não vale a pena viver o dia de amanhã, permitindo que os seus filhos façam o que mais apreciam	
	Os Pais expressam que valorizam todos os dias em que estão com os seus filhos	X
	Os Pais reconhecem que “dar e receber” são valores que preservam, no seu percurso vivencial, valorizando a entreaajuda com outros pais	
	Os Pais valorizam a entreaajuda com outros pais	

Anexo IV - Grelha de Avaliação dos Fatores de Ameaça á Esperança

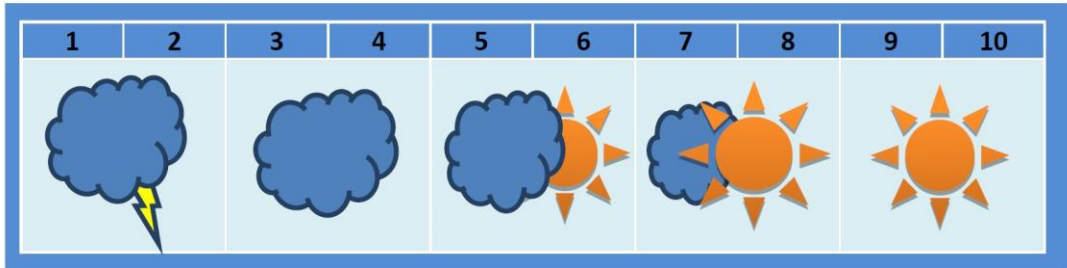
GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS FACTORES QUE INFLUENCIAM A ESPERANÇA: Identificação dos fatores de ameaça à esperança (Adaptado do MIAMPE, Charepe, 2011)

Fator de Ameaça à Esperança	Critérios de Avaliação	Assinar se aplicável
1. Dúvidas no auto potencial	Partilha de momentos de desespero, relacionados com o não conseguirem ajudar os seus filhos	
	Sentimento de impotência no cuidar dos seus filhos	
	Expressão de que não são competentes no lidar com a doença dos seus filhos	
	Expressão de que não conseguem controlar a doença dos seus filhos, pela falta de confiança em si próprios	
2. Futuro Inesperado/ Preocupação com o futuro	Partilha de receios relacionados com tudo de novo que possa surgir nos seus filhos	
	Partilha de receios relacionados com tudo de novo que possa surgir no contexto que os rodeia	
	Expressão de ansiedade relacionada com as agudizações e/ou futuros reinternamentos dos seus filhos	
	Expressão de ansiedade em quererem solucionar os problemas no momento em que surgem as complicações relacionadas com a doença dos seus filhos	
	Partilha de que o seu desânimo está relacionado com a ocorrência de recidivas nos seus filhos	
	Reconhecimento de que nos momentos relacionados com as recidivas dos seus filhos, não conseguem ter a fé que consideram necessária para enfrentarem a situação	
	Expressão de receio do futuro, relacionado com a sua potencial incapacidade para continuarem a cuidar dos seus filhos	
	Expressão de dificuldade na procura e descoberta de caminhos alternativos	
	Partilha de que têm no presente mais medo do futuro, porque não sabem como será o futuro nem como irão reagir	
	Expressão de frustração e receio do futuro, relacionado com a incapacidade para trabalharem e/ou a perda de emprego, pela doença e/ou dependência dos seus filhos	X

		Expressão de incerteza face a como será o futuro dos seus filhos	
		Partilha de pensamentos relacionados com o tratamento dos seus filhos, que pode não ter êxito e/ou com a possibilidade de ocorrer uma recidiva	
3. Não-aceitação da saúde da criança		Referir que não aceitam a doença da criança	
4. Questionamento contínuo		Expressão de crenças de culpa e punição por terem um filho com doença crónica	
5. Dificuldade no acesso à informação ou tratamento		Partilha de dificuldades em aceder ao tratamento/equipamento, prescrito no âmbito da doença do seu filho	X
		Expressão a dificuldade em acederem a informação acerca da doença do seu filho	
6. Abdicar de si próprio		Expressão de que se esqueceram de si próprios desde o diagnóstico da doença do seu filho	
		Expressão de que os cuidados que prestam ao seu filho os ocupam completamente	X
7. Alterações nas dimensões da vida familiar		Partilha de que percecionam negligenciar os outros filhos e/ou os outros membros da família, pelas exigências relacionadas com a doença do seu filho	
		Partilha de que existem membros da família que não aceitam a doença do seu filho referindo problemas na relação entre os membros da família	
		Partilha de que existem relacionamentos conflituosos entre a criança doente e os seus irmãos	
		Expressão da existência de conflito conjugal, após a confirmação do diagnóstico do seu filho	
		Expressão a ausência de apoio de um dos conjugues, após a confirmação do diagnóstico dos seus filhos	
		Expressão da ausência do apoio da família alargada, não a reconhecendo como recurso	
8. Dificuldade na comunicação com o profissional de saúde		Partilha da sua dificuldade em comunicarem com os profissionais de saúde, relacionada com a percepção de lhes ser atribuída a culpa pela doença do seu filho	
		Partilham o seu desagrado pela forma como é estabelecido os relacionamentos com os profissionais de saúde	
		Os Pais reconhecem que a doença dos seus filhos incentivou a partilha entre os membros da família	

A presença de 3 ou mais itens da grelha deverá orientar para a implementação de intervenções promotoras de esperança, tendo em consideração o fator de ameaça á esperança identificado.

ANEXO V – Régua da Esperança



Anexo VI - Carta terapêutica

**(Retirado do Guia Orientador de Boas Práticas em Saúde Infantil e Pediátrica
Promoção de Esperança, Ordem dos Enfermeiros, 2011)**

Para: OS PAPÁS

O carinho com que os pais cuidam dos seus filhos, toca bem fundo em qualquer coração.

Reconhecendo que o sol nem sempre ilumina esse cuidar, damos-vos os parabéns pelo excelente trabalho que têm desenvolvido, junto do vosso (a) filho (a).

Esse trabalho tem-nos recordado que a luz pode emergir da dedicação e da força do amor poderá sempre nascer....

A Esperança.

Obrigado por serem como são!



CT1

Ilustrações: Bela Fernandes

Para: OS PAPÁS

Neste momento de aflição e incerteza, vimos desta forma transmitir-vos uma breve mensagem de esperança e amizade.

Relembrando que não se encontram sozinhos no vosso sofrimento e no caminho que irão percorrer.

O futuro é para todos nós um destino incerto, no qual nos estão reservados momentos bons e outros certamente menos bons.

No entanto, uma certeza existe, um espaço de apoio e de partilha do qual podem sempre dispor e onde podem sempre encontrar ajuda. Contem sempre com o apoio da equipa do Serviço de Pediatria, que contribuirá para manter a vossa esperança.



CT2

Ilustrações: Bela Fernandes

APÊNDICE IX – ANÁLISE DAS PRÁTICAS

Análise das Práticas - uma Estratégia de Construção de Saberes da Prática dos Cuidados de Enfermagem

“(...) a prática de enfermagem é em si mesmo um mistério a ser vivido”

(Jean Watson)

Como refere Perrenoud (1993) a prática é pedra de toque das competências, mas para isso é necessário questioná-las. Analisar as práticas é dissecá-las, desmontá-las, refletir criticamente sobre o que se faz, pôr-se em causa, confrontar ideias, discernir fundamentos, verificar resultados conseguidos e agir em conformidade. Tudo o que fazemos parte de um conhecimento que pode ser teórico, mas que temos que adaptar às situações concretas e múltiplas que se nos deparam. Por vezes, temos convicções íntimas que só se alteram e consolidam como saber, quando oferecidas à crítica de outras pessoas.

O nosso contexto profissional é cuidar de pessoas e famílias com problemas de saúde e não só, em que o saber da experiência não chega. Como diz Walter (1998), não é suficiente aplicar protocolos, é preciso compreender gestos e situações e, sobretudo, é importante poder adaptar o ato a realizar às necessidades específicas da pessoa.

O objetivo central da análise das práticas, que realizei, fundamentou-se no lugar do afeto na prática diária de cuidados. É da competência dos enfermeiros a construção de um processo de cuidados centrado na pessoa doente de modo a compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social que acarreta (Colliére, 1989). As práticas de cuidados de enfermagem têm como objeto de ação/transformação o cliente/família, mas o agir não é cego, isto é, no ato está inscrita a intencionalidade, o significado dessa ação que acaba por dar sentido aos procedimentos que se fazem (Boutinet, 1990). Daí a necessidade de questionarmos as nossas práticas, tendo em conta, como refere Rebelo (1996), os três contextos de ação: do sujeito enfermeiro, da ação e o contexto da profissão.

Deste modo, no espaço da análise das práticas, realizado no serviço reuni-me com 4 enfermeiros, escalados nesse turno, mas já escolhidos anteriormente (2 especialistas e 2 generalistas) e que já tinham lido o artigo “O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico” como base para esta sessão de análise das práticas. Assim, analisamos o artigo e realizei duas perguntas abertas que estarão abaixo.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, a relação do enfermeiro com aquele que encontra no seu caminho, é uma relação profissional, mas antes de mais uma relação entre duas pessoas, um diálogo de presenças, um encontro entre dois iguais na

sua humanidade, mas também um encontro desigual, no sentido em que supõe a presença de uma pessoa que tem o poder de ajudar e a outra que precisa de ajuda (Vieira,2002).

Aquele que o enfermeiro encontra no seu caminho (na sua prática diária de cuidados), é habitualmente uma pessoa que vive uma circunstância de particular vulnerabilidade e fragilidade. Uma presença frequentemente marcada pela doença, real ou potencial, que se coloca como acontecimento que acompanha de forma transversal, a maioria das situações que requerem cuidados de enfermagem, e que por várias vias atesta a sua condição de sofrimento. Entrando no campo da doença, e embora seja uma situação vivida de forma única por cada pessoa, poder-se-á dizer que as doenças em sentido lato, representam a evidência da vulnerabilidade e da fragilidade humana, ou mesmo a concretização da possibilidade de rotura.

Na atualidade, a orientação para a pessoa e para o processo inter-relacional, é já muito significativo na disciplina de enfermagem, com particular evidência não só na “escola da interação”; como também na “escola do ser humano unitário” (Rogers; Parse) ou na “escola do cuidar” (Leininger; Watson), onde se constata uma presença crescente dos aspetos relacionados com a dimensão relacional dos cuidados de enfermagem. Uma presença, que é particularmente evidente na teoria proposta por Watson, que tal como Leininger enfatiza a função cuidativa dos enfermeiros, descrevendo a enfermagem como ciência humanística, onde o cuidar surge como dimensão central e unificadora, considerado ainda como um fenómeno que só pode ser demonstrado e praticado eficazmente, se for feito interpessoalmente.

Para Watson, o cuidar é visto como um valor fundamental ou ideal moral da enfermagem, envolvendo um compromisso pela proteção da dignidade humana, que se manifesta em atos concretos, desenvolvidos num espaço intersubjetivo (Lopes,2006). Assente nesse compromisso, considera-se que o enfermeiro que cuida verdadeiramente, é aquele que frente ao outro se afirma como pessoa, e por essa via permite que ele se afirme também como tal na totalidade do seu ser, estabelecendo-se entre ambos uma verdadeira ligação interpessoal, que caracteriza aquilo que a autora designa por relação transpessoal do cuidar. O carácter transpessoal do cuidado, transcende assim a fisicalidade, supondo a participação total do enfermeiro, que no uso de todas as dimensões pessoais, visa ajudar o outro a encontrar um significado humano na doença, no sofrimento, e na própria existência. Assim o entende Watson, considerando que consegue esse objetivo aquele enfermeiro que “*está apto a formar uma união com outra pessoa, a*

um nível que transcende o físico e que preserva a subjetividade e a fisicalidade das pessoas, sem as reduzir ao estatuto moral de objetos”(Lopes, 2006, p.119). A autora, não deixa de estar consciente que, a apresentação do enfermeiro como uma pessoa numa relação transpessoal com o utente, pode entrar em conflito com a imagem tradicional do profissional de enfermagem, que se foi afirmando sob recomendações destinadas a evitar a interação pessoal, por se encarar o envolvimento pessoal como não profissional. Assim, e contrariando essa convicção, que permeou muito do percurso histórico da enfermagem, a relação transpessoal de cuidar, tal como Watson a apresenta, é notoriamente afirmativa de que o cuidar requer envolvimento pessoal do enfermeiro, sendo abordada numa perspetiva muito vinculada ao conceito de envolvimento profissional em enfermagem, considerado por Gadow (Lopes, 2006).

Numa esclarecedora abordagem sobre o envolvimento profissional em enfermagem, Gadow caracteriza-o como um envolvimento específico, marcado por algumas diferenças pessoais entre o enfermeiro e o utente, tais como o foco do envolvimento, a intensidade do relacionamento e a perspetiva das duas pessoas envolvidas. Assim, enquanto o foco do envolvimento pessoal do utente é direcionado para o problema atual e para o seu efeito na sua vida, o envolvimento pessoal do enfermeiro é direcionado para o eu do utente, desviando-se o enfermeiro do seu próprio eu. A intensidade do relacionamento, também é vivenciada de forma diferente por ambos. O utente, experimenta a imediação da angústia, e embora isso possa ser também sentido pelo enfermeiro, a forma como este o sente, serve para produzir o processo reflexivo, necessário para que a ajuda se efetive. Além destas diferenças, as perspetivas do utente e do enfermeiro são também diferentes. Aquele, sente a dor de dentro e sabe que é o seu corpo, a sua mente e alma que são afetados, enquanto o enfermeiro está envolvido exteriormente, sendo que a perspetiva externa da situação, tal como a autora refere, se afigura como um aspeto que lhe permite ajudar o outro a integrar essa experiência subjetiva. Embora assinaladas algumas diferenças pessoais entre os intervenientes nesse processo, importa acima de tudo ter presente a importância do envolvimento pessoal no processo de cuidar, que não se apresenta como alternativa, mas como uma exigência. Um imperativo que, supõe desde logo que, para que o enfermeiro possa cuidar verdadeiramente do outro, há necessariamente que afirmar-se como pessoa e aproximar-se dele como tal. Uma proximidade que não é propriamente espacial como se percebe, mas humana, e que se esclarece quando lembramos Isabel Renaud, ao referir que “aproximo-me interiormente

do outro, quando me deixo afetar pela sua presença, frágil, doente ou moribundo e quando essa experiência de ser afetada, suscita em mim uma resposta ativa” (Renaud, 2005, p.413).

Diogo (2015) refere-se ao cuidado nutrido com afeto quando os enfermeiros dão carinho e ternura, transmitem o seu amor, estando a dar de Si ao Outro nas interações. O afeto e o amor definem-se por uma emoção que os enfermeiros mobilizam na sua prática, num ato de dádiva para promover cuidados.

Relativamente à escolha dos sujeitos para esta sessão de análise das práticas, à partida todos os enfermeiros com experiência na prestação de cuidados se afiguravam como possíveis participantes. No entanto, e dado que é a própria experiência de relação o lugar privilegiado de afirmação e desenvolvimento da afetividade, considerei o tempo de experiência profissional na prestação de cuidados, como um critério importante a ter em conta. Assim, e de acordo com Benner (2001), estabeleci como critério de seleção, a experiência profissional na prestação de cuidados igual ou superior a cinco anos, garantindo deste modo que os participantes do estudo se encontrariam num nível considerado competente. No respeito pela privacidade dos participantes garantiu-se a confidencialidade das fontes. As narrativas foram arquivadas com identificação codificada, sem revelação da identidade dos sujeitos.

Na sua grande complexidade de abordagens, a afetividade, dimensão inerente à condição humana, faz parte de cada um de nós sem que ninguém lhe possa escapar. No entanto, as diferentes perspetivas sob a qual pode ser encarada, terão também diferentes implicações na forma como é vivida, quer na vida pessoal quer profissional. Para o desenvolvimento desta análise de práticas centrei-me na análise das narrativas desenvolvida a partir das duas questões efetuadas.

a) Na sua prática diária de cuidados de que forma é que intervém no sentido de atender as necessidades emocionais da criança?

“Acima de tudo tenho uma atitude/postura de carinho, amor, alegria e disponibilidade para com a criança...” (E1)

“Considero essencial que as técnicas evasivas sejam realizadas fora do quarto para que a criança tenha consciência de que o quarto é um local seguro...As necessidades emocionais são satisfeitas tendo em conta a brincadeira, o riso, a informação, o conforto e o profissionalismo do enfermeiro” (E2)

“É imprescindível atender as necessidades emocionais da criança pois, só assim serão prestados cuidados de enfermagem de qualidade...A nossa prestação de cuidados deve ser feita de forma personalizada, individualizada porque cada criança reage de forma distinta a determinada intervenção (depende muitas das vezes das experiências anteriores, do suporte familiar) ... Uma criança informada sente-se mais segura e é mais colaborante nos cuidados...A simpatia, o afeto e o humor promove uma maior confiança para a criança” (E3)

“Qualquer intervenção implica afeto, o afeto é a base para uma relação terapêutica. Afeto para cuidar do outro, transmitindo segurança nos cuidados que presto. O afeto não é intencional nem serve para demonstrar interesse. O afeto não é individualizado mas faz parte de cada intervenção...Não presto os mesmos cuidados para todas as famílias, adequo os meus cuidados à idade da criança, ao contexto, compreensão, nível socioeconómico – prestação de cuidados centrados na família...Há limites no afeto e temos de saber isso, tenho que saber o que posso ter como limite, o toque nem sempre é possível, nem todas as pessoas estão disponíveis” (E4)

b) O afeto é um ato espontâneo ou planeado? Como? Porquê?

“O afeto é um ato espontâneo, já faz parte de mim... está incluído na minha vertente profissional” (E1)

“Além de espontâneo também é planeado, cada criança tem as suas necessidades emocionais, cada criança é um ser único” (E2)

“O afeto é um ato espontâneo, é algo que surge naturalmente. Sem afeto não poderíamos intervir e nunca ajudar...O afeto é intrínseco à nossa profissão, surge no contato com a criança/família, e é mais notório em situações crónicas em que já conhecemos a criança/família, em que já temos a noção de sofrimento que têm passado” (E3)

“O afeto está integrado nos nossos cuidados mas também pode ser planeado porque eu conheço as necessidades emocionais da criança/família e intervenho em função das necessidades identificadas...Está intrínseco na nossa prática mas planeado em função das necessidades emocionais da família, somos profissionais e deve ser uma intervenção planeada...Temos de saber profissionais e acima de tudo estabelecer limites, há uma linha que nos separa...” (E4)

Conclusão ou Discussão

Numa perspectiva histórica, constata-se que nem sempre a prática da profissão de enfermagem se pautou pela defesa da afirmação da pessoa (enfermeiro) no desempenho do seu papel profissional. Contudo, nos tempos mais recentes, a orientação para a afirmação da pessoa e para o processo relacional, é algo de muito significativo na disciplina de enfermagem, destacando-se entre outras, a teoria proposta por Jean Watson. Ao encarar o “cuidar” como dimensão central da enfermagem, a autora considera, que este é um fenômeno que só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente. Esta é uma perspectiva específica, assente na defesa do envolvimento pessoal no contexto da profissão, e que na atualidade acaba por emergir em vários níveis de consideração, que além de sublinharem a importância da relação interpessoal, fazem dessa relação e da inerente presença pessoal do enfermeiro face ao outro, condição essencial do verdadeiro cuidado de enfermagem. Assim se antevê a possibilidade de afirmação desse cuidado autêntico, que não é meramente objetivo, mas que é cuidado de toda a pessoa, expressão prática da solicitude, como resposta adequada do enfermeiro ao apelo daquele que sofre na totalidade do seu ser.

A gestão da afetividade abrange ainda o modo como o enfermeiro gere a permanência dos afetos na passagem da vida profissional para a sua vida privada. Afirma-se que os afetos vividos pelo enfermeiro no contexto da profissão permanecem, porque são constituintes da sua pessoa, sendo essa uma condição que não termina no fim do dia de trabalho e do desempenho do seu papel profissional. Não é fácil lidar com os afetos na passagem da vida profissional para a vida privada, um processo que no entanto se revela facilitado, quando os sentimentos que a pessoa transporta refletem o sucesso da experiência vivida na relação com o outro. As dificuldades prendem-se sobretudo com a gestão dos afetos negativos que permanecem, daí que a primeira aposta parece ser a conversão, na origem, dessa carga negativa perturbadora, que se converte pelo cuidado, em satisfação pela ajuda oferecida. No entanto, haverá sempre situações em que a insatisfação, a frustração, a tristeza, acompanham o enfermeiro para fora das portas da instituição, que leva consigo a carga pesada e negativa dos afetos. Na gestão desses afetos que permanecem, implica ter consciência da sua existência, assumi-los, refletir sobre eles, sobre os acontecimentos associados, partilhá-los, e tentar encontrar uma forma de usar a sua força de modo construtivo, com vista a atingir uma vida mais harmoniosa e feliz na relação com os outros.

A regulação afetiva com vista a um equilíbrio entre afetos e vontade, afigura-se como uma tarefa complexa, sendo que quer a negação, quer a expressão descontrolada dos afetos, são atitudes limitadoras da pessoa no seu todo racional e sensível, e por conseguinte, limitantes do agir ético que caracteriza também o cuidado autêntico. O equilíbrio afetivo, é algo que se vai configurando ao longo da vida e supõe formação. Sendo um processo individual e único, é na própria relação afetiva com o outro, que desde o princípio da vida se inicia essa tarefa de aprendizagem, cujo desenvolvimento se constitui como uma responsabilidade da pessoa. Para aqueles que entram no mundo da profissão de enfermagem, importa ter presente que a conquista desse equilíbrio é um processo inacabado. Os incessantes acontecimentos da profissão representam oportunidades e desafios, que requerem em cada caso uma decisão pessoal, que tem sempre uma dimensão afetiva, um *pathir*, lembrando que o padecimento mais intenso não é sinal de fraqueza, mas prova da riqueza afetiva do enfermeiro. Riqueza afetiva e riqueza ética implicam-se a vários níveis, referindo-se que aceitar os afetos como algo próprio da condição humana, é já uma resposta ética de um ser livre que os integra em si, sabendo que esse é o caminho da sua maturidade e realização ética.

Mas porque as situações são difíceis e os afetos que inquietam podem desviar o enfermeiro do caminho do cuidado, sobrevém nesses casos, o dever moral e profissional de cuidar. E embora todos esses elementos guiem a ação ética do enfermeiro, para que esta se afirme como verdadeiro cuidado do outro, há acima de tudo que adequar o seu comportamento à singularidade do sofrimento e das necessidades específicas de cada pessoa. Assim se afirma uma sabedoria prática, que concilia afetos e compromisso profissional de prestar cuidados de enfermagem, e que é reveladora de perícia profissional e simultaneamente expressão de riqueza e maturidade afetiva e ética do enfermeiro, que parecem crescer lado a lado. Uma sabedoria que se manifesta pela forma como o enfermeiro integra a inquietação pelo sofrimento do outro nos atos que desenvolve, promovendo o bem do que sofre e fazendo de si um ser cada vez mais ético, à medida que incorpora no seu ser a grandeza das decisões tomadas e dos próprios atos desenvolvidos.

Assim, a partir da reflexão crítica das nossas práticas encontrámos o sentido da abordagem holística, ou seja, passámos a entender a pessoa como um ser único com um projeto de vida também único, o que faz com que pensemos no impacto que os nossos cuidados vão ter no doente e família. É, pois, fundamental ao abordarmos o doente, termos em consideração a sua história de vida, os seus valores e crenças, assim como

experiências anteriores que possam influenciar a sua concepção de saúde/doença e recuperação. Consciencializámos, a importância de escutar o doente/ família, ouvir, observar antes de atuar, pois só assim conheceremos as suas dúvidas, receios, preocupações e expectativas, e o poderemos envolver na tomada de decisões e consequentemente no seu processo terapêutico. Outra “exigência” do cuidado centrado no doente é o reconhecimento de pressupostos, preconceitos e sentimentos que possam influenciar a prática de cuidados para que possamos compreender o doente, respeitando-o, mesmo se os nossos valores não estiverem de acordo com os dele.

Esta sessão de análise das práticas baseou-se fundamentalmente numa lógica de transformação da experiência, em vez de optar por ações de formação programadas destinadas a suprimir as carências. A reflexão de determinados comportamentos e atitudes é fundamental para compreendermos as nossas dificuldades e assim tentar superá-las. A partilha de conhecimentos e de sentimentos possibilita a uniformização do trabalho em equipa e consequentemente a coesão/união da mesma.

Do imenso leque de possibilidades de consideração dos afetos, haverá acima de tudo de ter em conta, que a afetividade humana é um contínuo vivencial de uma complexidade extraordinária. O modo de ser afetivo de cada pessoa se vai formando ao longo da sua vida, a partir de uma dotação afetiva básica, num processo modelado pelo clima histórico e cultural, mas que em última instância permite entrever a marca pessoal na progressiva constituição da sua identidade afetiva, dando assim lugar e sentido à ideia de uma maturidade afetiva, algo de particular importância, quando se associa essa maturidade ao maior ou menor índice de realização pessoal.

Bibliografia

Boutinet, J. (1990). *Anthropologie du Project*. Paris: Pouf.

Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Correia, A. (1996). *Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação*. Lisboa: Universidade Nova.

- Couceiro, M. (1998). *Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores*. Lisboa: Revista de Educação.
- Crozier, M.; Friedberg, E. (1997). *L'acteur et le système*. Paris: Ed. Seuil.
- Gomes, I.; Rebelo, Teresa; Almeida, P. (2000). *A Preparação da Alta: Um modo de continuidade de Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde: Departamento dos Recursos Humanos da Saúde, Ensino de Enfermagem.
- Gomes, I. (2002). *O Conceito de parceria no processo de cuidados aos doentes idosos : O erro de Narciso*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Le Boterf, G. (1994). *De la Competence: Essay sur un attracteur étrange*. Paris: Les Editions D'organization.
- Martin, C. (1986). *Cuidados de enfermagem, uma disciplina: condições e desafios*. Lausanne: ESEI.
- Portugal, Direcção-Geral da Saúde. (1999). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*.
- Perrenoud. (1993). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação*. Lisboa: Dom Quixote/IIIE.
- Rebelo, T. (1996). *Os discursos nas práticas de enfermagem*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Waltur, B. (1988). *Le savoir infirmier. Constrution, evolution, revolution de la pensée infirmiere*. Paris: EditionsLamarre.

APÊNDICE X – BREVE RESUMO

O 2º Encontro Nacional de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa foi subordinado ao tema Cuidar para o Desenvolvimento – Qualidade e Segurança, e decorreu nos dias 13 e 14 de Novembro de 2015 no Auditório da ESEL - Polo Calouste Gulbenkian.

Foram abordados os seguintes temas: Bem-estar e Autocuidado; Promoção da Saúde; Prevenção de Complicações; Readaptação Funcional e Organização dos Cuidados e Satisfação do Cliente.

Embora todos os temas abordados sejam pertinentes penso que na temática Promoção da Saúde, o tema do toque nutritivo e da promoção da parentalidade- parceria de cuidados seria mais um contributo para o meu projeto enquanto enfermeira na área Neonatologia, além de que são temáticas presentes ao longo deste percurso e inerentes a todos os EEESCJ.

Tendo em conta a complexidade que envolve o cuidar de um RN prematuro e sua família, nomeadamente o ajustamento da imagem do bebé imaginário ao bebé real, associado aos sentimentos de culpa e fracasso, assume grande relevância o estabelecimento precoce da ligação mãe-filho que permitirá o desenvolvimento da vinculação. No domínio das intervenções autónomas, destaco assim o apoio à parentalidade, na medida em que os pais são considerados parceiros no cuidar e não visitantes. A estimulação da permanência dos pais junto dos filhos, o incentivo ao **toque** a sua gradual participação nos cuidados, bem como o Método Canguru, constituem algumas das estratégias utilizadas.

Benefícios do toque para os bebés: Facilita o crescimento (aumento do peso) e o desenvolvimento do recém-nascido (melhora a atividade motora; aumenta o estado de alerta, promove o conhecimento do corpo, a autoestima); Reduz o stress (liberta hormonas promotoras de bem-estar); Promove a saúde (bem-estar, relaxamento); Reduz alguns tipos de dor (libertação de substâncias úteis no alívio da dor); Facilita a relação pais/filho (amor, conforto, carinho, confiança, respeito, cumplicidade).

Benefícios do toque para os pais: Favorece o conhecimento do bebé; Promove o vínculo pais/filho; Aumenta a confiança; Melhora a comunicação; Aumenta o tempo de qualidade com o bebé; Relaxa; Diminui a ansiedade e o stress - previne depressões pós-parto; Aumenta a prolactina (substância que ajuda na produção do leite materno); Promove a saúde.

A realização destes Encontros é fundamental para atualizar conhecimentos e partilhar práticas de Enfermagem. Pretende-se evoluir numa profissão que não só é uma ciência, como também uma arte, e para isso deve concorrer o maior número de experiências, baseadas na evidência, que possam contribuir para a excelência dos cuidados.

APÊNDICE XI - REFLEXÃO

Reflexão as estratégias que os enfermeiros utilizam em situações emergentes na presença dos Pais

- Entrevista a três Enfermeiros Especialistas -

O internamento de um filho Recém-Nascido (RN) impõe-se como uma realidade sem balizas físicas ou cronológicas exigindo um maior nível de intervenção especializada, tanto por parte dos enfermeiros como pelos familiares. Os equipamentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) dos hospitais num ambiente tecnologicamente avançado. A sua finalidade é dar resposta a RN vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado risco de vida, em que as condições clínicas se alteram constantemente. O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia sofisticada, constituindo um foco de ansiedade que é partilhado por enfermeiros e pais (Hockenberry & Wilson, 2014)

A admissão de um RN numa UCIN, pode ser traumatizante para ambos, RN e pais. Quando o RN é hospitalizado, este é invadido por procedimentos invasivos, e permanece num ambiente rodeado por sons desconhecidos (monitores que alarmam frequentemente, aspiração), luzes constantes, pessoas estranhadas, o que contribuiu para a despersonalização e para aumentar a ansiedade dos seus pais em relação ao seu estado clínico. Os pais experienciam significativamente stresse, ansiedade e desamparo. Assim, hesitantes diante da incerteza do destino dos seus filhos, desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente, as suas reações variam do silêncio ao choro. Muitos pais sentem-se vulneráveis e com medo, uma vez que o internamento vem impregnado da possibilidade constante da ocorrência da morte. Responder às necessidades da família é portanto primordial quando o seu filho é internado na UCIN (Hockenberry & Wilson, 2014).

O enfermeiro durante sua prática de cuidados está em interação com indivíduos saudáveis ou doentes, desempenhando um papel importante na integração física e psicossocial daqueles que necessitam da sua assistência. A diversidade de conhecimentos e capacidades que caracterizam a sua formação profissional, orientada para um trabalho com sensibilidade, afetividade humana e intencionalidade terapêutica, leva a um particular reconhecimento da comunidade, em virtude do carácter social, compreensivo e socio afetivo que qualifica as suas ações. Dessa forma, diante de uma situação emergente ocorre nestes profissionais uma diversidade de respostas físicas e psicológicas subjetivas, produto da reação intensa a essas experiências e das relações que se estabelecem com

esses clientes, como consequência da sensibilidade característica dos seres humanos e, em especial, dos profissionais que atuam em pediatria.

Cuidar do sistema familiar constitui, não só um compromisso, mas um verdadeiro desafio para o enfermeiro. Para além da preparação técnico-científica e da habilidade em estabelecer um relacionamento, torna-se necessário algo mais, não podendo a sua atuação restringir-se ao simples elo que se estabelece com a criança.

A investigação sobre as emoções no cuidar em enfermagem tem vindo a revelar que a gestão emocional é essencial nas interações terapêuticas, sendo uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo outro, mas para, simultaneamente, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo 2006, Jorge 2004, Mercadier 2004). De uma certa forma, Diogo (2006) sugere que devemos encarar o cuidar como um “processo relacional contaminado por emoções e sentimentos (...) pois a experiência emocional está omnipresente em cada situação interaccional [pelo] que o enfermeiro reconhece que é um elemento activo na vivência relacional, mas ao mesmo tempo deve ser capaz de compreender a esfera emocional que está inscrita nas situações interaccionais da prática do cuidar, e assim reconhecer o sentido da experiência humana das emoções e dos sentimentos nos seus cuidados”.

O enfermeiro deve possuir uma sensibilidade especial ao lidar com os pais, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação. É importante que a equipa reconheça que a criança e a sua família têm uma história, e as necessidades e solicitações emergem de cada uma conforme o sentido, o significado que atribuem às experiências vividas e só se manifestam de modo autêntico quando a família se sente acolhida e compreendida por uma equipa que tem a intenção de ajudar (Valle, 1997).

Para enriquecer esta reflexão realizei a seguinte pergunta a três enfermeiros especialistas: *“Sra. Enf.^a X quais as estratégias emocionais que utiliza na sua prática diária de cuidados, quando ocorrem situações emergentes na presença dos Pais?”*

A resposta dos enfermeiros a pergunta realizada foi comum e a primeira palavra foi *“depende”*. Os enfermeiros referiram que a decisão de presença parental durante a realização de procedimentos complexos à criança e/ou reanimação deverá ser escrupulosamente escrutinada e adaptada às necessidades individuais de cada sistema familiar. O que orienta os profissionais de saúde nesta tomada de decisão são em si o conhecimento do que são cuidados traumáticos, fatores stressores e mecanismos de *coping* do sistema familiar. Conhecer as

dimensões e identificar os stressores que afetam o sistema familiar, facilitará a atuação de uma forma coesa e direcionada para as reais necessidades da família, fazendo uma avaliação conjunta sobre que estratégias e mecanismos de *coping* poderão ser utilizados para reforçar as linhas de defesa do sistema. A enfermagem pediátrica, com enfoque nos cuidados centrados na família, assume os pais como parceiros no cuidar e o cuidar da criança em situação de emergência também engloba a presença dos pais como dadores de afeto e minimizadores da ansiedade inerente à situação. A validação com a família sobre a sua vontade é de extrema importância. As estratégias de *coping* nunca poderão ser impostas, incorrendo no risco de perder o seu propósito. A assunção de que será melhor para os pais não assistirem a este momento poderá ser em si um stressor no momento da atuação.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com o contacto mais direto e mais constante ao longo das 24 horas com a família, por isso e pela sua formação específica, têm a capacidade de fazer uma avaliação dos stressores presentes no momento da reanimação e/ou realização de procedimentos complexos. É de extrema importância que os enfermeiros tenham formação suficiente sobre esta temática e que possam, em conjunto com a família, decidir qual a melhor estratégia a adotar perante uma situação de especial complexidade a que a criança está sujeita. A formação é também necessária para atuar com a maior segurança, na prevenção de complicações decorrentes do procedimento e decorrentes do processo adaptativo do sistema familiar aos stressores inerentes. Se os profissionais se sentirem seguros nas práticas não terão receio de ser observados/avaliados pela família. A evidência científica apresenta que há a intencionalidade de promover a presença parental, caso seja esse o desejo dos pais, no entanto, consideram ser necessário que as organizações hospitalares adotem essa política, favorecendo a formação dos profissionais de saúde nesta área para assim os profissionais poderem desenvolver competências que os permitam, não só lidar com a situação em si mas também ajudar a família a viver o momento de uma forma resiliente.

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

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.

Valle, E. (1997). *Câncer infantil: compreender e agir*. São Paulo.

APÊNDICE XII – APRESENTAÇÃO POWER-POINT

Cuidar da criança e da família em situação emergente – a gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem

Orientação:
Prof.ª Doutora Paula Diogo

Discente:
Cláudia Caetano Flores nº6062

Fevereiro de 2016

Sumário

- Identificação do Projeto
- Mapa Conceptual
- Definição de emoções
- Trabalho Emocional
- Situações Emergentes
- Partilha de Experiências

Identificação do Projeto

Temática

- Cuidar da criança e da família em situação emergente

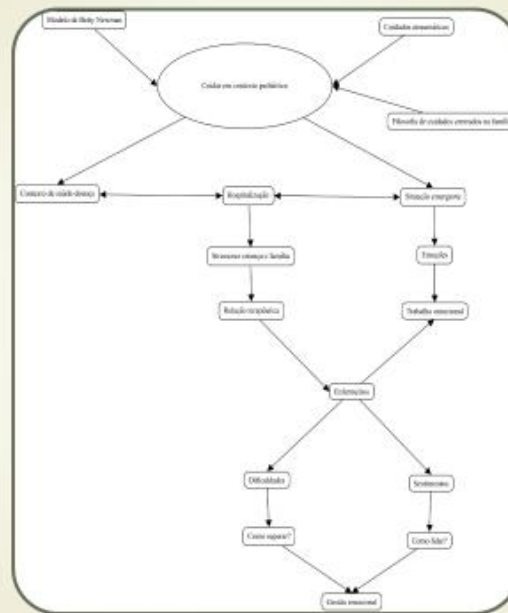
Problema

- Vivências emocionais intensas dos Pais e Equipa

Objeto de Estudo

- Gestão da emocionalidade enquanto intervenção terapêutica de enfermagem

Mapa Concetual



O que são as emoções?

"conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que (...) desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou de outra, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno"
Damásio (2000)

Transformação dos sentimentos em ação ou expressão
(Diogo, 2012)

Trabalho emocional

"Regulação das emoções no exercício da prática profissional"
(Diogo, 2015)

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover um
ambiente
seguro e
afetuoso

Nutrir os
cuidados com
afeto

Gerir as
emoções dos
clientes

Construir a
estabilidade na
relação

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Promover
um
ambiente
seguro e
afetuoso

- Acolher;
Cumprimentar;
Expressar afeto; Gerar
ambiente familiar;
Preservar a
segurança;
Despedidas calorosas

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Nutrir os
cuidados
com
afeto

- Sorriso; Voz embalada; Olhar meigo; Falar animado; Carinho; Colo.

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Gerir as
emoções
dos
clientes

- Postura calma e carinhosa; Mostrar disponibilidade; Preparação para os procedimentos; Fornecer explicações/informações; Favorecer a expressão de sentimentos; Dar reforço positivo.
- Envolver a família nos cuidados; Dar carinho; Explicar e esclarecer dúvidas; Fomentar a esperança; Encorajar.

Antecipação

Das emoções
reativas

Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

Construir a estabilidade na relação

- Ligação afetiva; Proximidade; Conhecimento mútuo; Confiança.
- Abordagem calma e de controlo; Dar espaço para a expressão; Desmontar o problema; Não fazer juízos de valor.
- Tomada de decisão partilhada; Dar espaço à função parental; Colaboração mútua; Participação do cliente; Partilha de informação.

Envolvimento emocional

Gestão de episódios conflituosos

Equilíbrio de poderes

Recomendações sobre a presença da família durante situações emergentes

- Considerar a presença da família como uma opção da mesma;
- Avaliar previamente as condições da família, na procura de fatores que possam afetar sua participação, como o estado psicológico;
- Predefinir um membro responsável para presenciar o procedimento;
- Avaliar a habilidade do profissional de saúde em caso de experiências trágicas;
- Capacitar os profissionais de saúde da instituição para eleger um responsável que ofereça suporte à família durante os procedimentos;
- Considerar a segurança dos profissionais de saúde;
- Documentar as razões, caso não se ofereça a opção da presença familiar;
- Implementar a política de presença da família na instituição;

Benefícios das presenças dos Pais

Ambiente mais humanizado
(Eichhorn et al., 2001)

Contentamento em saber que o seu familiar está em boas mãos
(Wagner, 2004)


Favorece o processo de luto
Félix (s.d.)

As guias da American Heart Association referem que os familiares que presenciaram uma situação de Ressuscitação Cardio-Pulmonar, o recomendariam a outros
(Kleinman, 2010)

A opinião dos profissionais de saúde

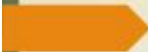
• A maioria dos enfermeiros concorda

• Médicos mais relutantes



A importância de um elemento de referência

- A maioria dos cidadãos comuns não tem conhecimentos suficientes na área da saúde para compreender os procedimentos efetuados numa situação emergente.
- Será eticamente correto deixar que os pais estejam presentes sem que haja um elemento disponível para lhes ir explicando o que está a acontecer?



A importância de um elemento de referência

- Os enfermeiros têm de ter formação específica em situações de crise (Mangurten et al., 2006 e Dudley et al., 2009).
- Os profissionais devem ter sensibilidade relativamente aos desejos dos familiares e as instituições devem desenvolver medidas que visem a formação das equipas para permitir esta presença (Tinsley et al. 2008).
- Apesar da tendência crescente que apoia a presença dos pais, grande parte dos profissionais de saúde resiste à adoção desta prática. Alguns estudos referem que esta resistência está relacionada com o desconforto gerado pela presença dos familiares que pode afetar o desempenho da equipa. Esta preocupação prende-se também com o grande nível de stress que envolve as situações de emergência (Tinsley et al. 2008).

No fim deste percurso...

