



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

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:  
Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade da  
criança e família nos processos saúde-doença**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**

---

**Lisboa  
2022**



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

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:  
Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade da  
criança e família nos processos saúde-doença**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**

Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

---

**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende”*

Leonardo Da Vinci

*“O conhecimento dirige a prática, no entanto, a prática aumenta o conhecimento.”*

Thomas Fuller

## AGRADECIMENTO

Ao meu filho, **Filipe**, pelo amor incondicional.

Ao meu marido, **Artur**, pela compreensão, apoio, amor e dedicação.

À minha mãe, **Cristina**, pelo amor, incentivo constante e por acreditar em mim, quando eu não acreditei.

À minha irmã, **Iolanda**, pelo amor, apoio, bom humor e disponibilidade para me ouvir.

À **Professora Doutora Paula Diogo**, pela orientação, tutoria, disponibilidade e profissionalismo.

A todos os meus **amigos**, que nunca deixaram de me incentivar e acreditar que era capaz.

A todos os meus **colegas de trabalho** pela compreensão, incentivo e apoio.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCF – Cuidados centrados na família

CDC – Centro de desenvolvimento da criança

CNT – Cuidados não traumáticos

CVSIJ – Consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil

EEESIP – Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Parceria de cuidados

SP – Serviço de pediatria

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

SUP – Serviço urgência pediátrica

TEEP – Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

UN – Unidade de Neonatologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

## RESUMO

A criança ou jovem e família vivenciam, frequentemente, emoções de conotação negativa, como a ansiedade, associada aos processos de saúde-doença. Estados ansiogênicos prolongados no tempo, conduzem a repercussões negativas no seu desenvolvimento, comprometendo a sua saúde, sendo necessário incluir estratégias nos planos de cuidados de enfermagem que visem a gestão emocional do cliente pediátrico.

Considerando a problemática identificada, defini como objeto de estudo as intervenções de enfermagem no âmbito do trabalho emocional em enfermagem, que facilitem a gestão da ansiedade do cliente pediátrico nos diferentes contextos de cuidados de saúde. Delineei como objetivos para este percurso formativo: 1) Desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos de cuidados de saúde à criança, jovem e família; 2) Desenvolver competências de maior complexidade que facilitem a gestão da ansiedade da criança, jovem e família, nos seus processos de saúde-doença.

Este percurso formativo, baseou-se numa metodologia reflexiva, promotora da articulação entre o conhecimento e a prática profissional, devidamente fundamentada pelas conceções atuais de Cuidar em enfermagem pediátrica, no Modelo de Sistemas de Betty Neuman e no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica de Paula Diogo. Assim, as intervenções de enfermagem, incorporam a orientação dos cuidados centrados na família, da parceria de cuidados e dos cuidados não traumáticos, visando a minimização da ansiedade vivenciada pelas crianças, jovens e família.

A realização de atividades nos diferentes contextos de estágio, visaram o desenvolvimento de competências especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente, no desenvolvimento de competências no âmbito da gestão emocional.

**Palavras-chave:** Enfermagem Pediátrica, Cuidados de Enfermagem, Ansiedade

## **ABSTRACT**

The child or young person and the family often experience emotions with a negative connotation, such as anxiety, associated with health-illness processes. Anxiety states prolonged over time lead to negative repercussions on their development, compromising their health, making it necessary to include strategies in nursing care plans aimed at the emotional management of the paediatric client.

Considering the identified issue, I set forth as an object of study nursing interventions as part of emotional work in nursing, which enable managing paediatric patients' anxiety in different health care settings. I have outlined as objectives for this formative journey: 1) To develop EEESIP skills in the different contexts of health care for children, young people and their families; 2) To develop more complex competences which enable managing the anxiety of children, young people and families in their health-disease processes.

This formative journey was based on a reflective methodology, promoting coordination between knowledge and professional practice, duly grounded on the current conceptions of caring in paediatric nursing, Betty Neuman's Systems Model and Paula Diogo's Model of Emotional Work in Paediatric Nursing. Thus, nursing interventions, incorporate family-centred care orientation, partnership care and non-traumatic care, aiming at minimising the anxiety experienced by children, young people and family.

The activities carried out in the different internship contexts aimed at developing specialised skills in the area of paediatric and child health nursing, namely in developing emotional management skills.

**Keywords:** Pediatric Nursing, Nursing Care, Anxiety

## ÍNDICE

|                                                                                                    |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO .....                                                                                   | 9         |
| <b>CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL .....</b>                                        | <b>12</b> |
| 1.1 – Cuidar em enfermagem pediátrica: concepções teóricas .....                                   | 13        |
| 1.2 – Ansiedade experienciada pela criança e família associada aos processos<br>saúde-doença ..... | 21        |
| 1.3 – Trabalho emocional dos enfermeiros na minimização da ansiedade da<br>criança e família ..... | 23        |
| <b>CAPÍTULO II. PROBLEMÁTICA .....</b>                                                             | <b>26</b> |
| <b>CAPÍTULO III. METODOLOGIA .....</b>                                                             | <b>28</b> |
| <b>CAPÍTULO IV. ANÁLISE REFLEXIVA DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO .....</b>                            | <b>30</b> |
| 4.1 Serviço de urgência pediátrica .....                                                           | 32        |
| 4.2 Serviço de pediatria .....                                                                     | 36        |
| 4.3 Unidade de saúde familiar .....                                                                | 39        |
| 4.4 Unidade de neonatologia .....                                                                  | 44        |
| 4.5 Centro de desenvolvimento da criança .....                                                     | 47        |
| <b>CAPÍTULO V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS .....</b>                                   | <b>49</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                            | <b>50</b> |

## APÊNCICES

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II – Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice III – Atividades de estágio contexto SUP

Apêndice IV – Atividades de estágio contexto SP

Apêndice V – Atividades de estágio contexto USF

Apêndice VI – Atividades de estágio contexto UN

Apêndice VII – Atividades de estágio contexto CDC

## ANEXOS

Anexo I – Certificado 2º Webinar “Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em  
tempos de Covid-19”

Anexo II - Certificado 3º Webinar “Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em  
tempos de Covid-19”

Anexo III – Certificado Workshop online “Ansiedade na Infância e Adolescência”

Anexo IV – Certificado Workshop online “A importância do Brincar”



Anexo V - Certificado Workshop online “Gestão das emoções no adulto”

Anexo VI – Certificado 1.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente com o tema “Acesso à Saúde de Qualidade e promoção do Bem-estar”

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Fotografia do “Guia para um desenvolvimento saudável”



## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório, do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este documento pretende refletir o meu percurso formativo ao longo dos diferentes contextos de estágio, nomeadamente, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Serviço de Pediatria (SIP), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Neonatologia (UN) e Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC). O percurso formativo referido visou o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família e o desenvolvimento de competências de maior complexidade na gestão da ansiedade dos clientes, nos seus processos de saúde-doença, respeitando “os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2015a, p. 16661). Este percurso baseou-se numa metodologia reflexiva, promotora da articulação entre o conhecimento e a prática profissional, por meio da “reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação” (Schön, 1983 citado por Peixoto & Peixoto, 2017, p. 122), que fomenta o desenvolvimento de competências. Benner (2001) complementa referindo que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p. 61), isto é, a competência pode ser descrita como a capacidade de saber o que fazer em cada situação específica (Alarcão & Rua, 2005).

O Enfermeiro Especialista (EE), segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), é aquele que detém conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, que se traduz em “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p. 4744), demonstradas pela “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e (...) exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), demonstra competência através da “(...) parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...)” (OE, 2018, p. 19192), com a finalidade da “promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado” (OE, 2015a,

p. 16660), da criança ou jovem e família, dando resposta a situações de especial complexidade, de saúde ou doença, durante o seu crescimento e desenvolvimento.

Para Queirós (2017), ser enfermeiro especialista requer, também, “(...) aprofundamento relacional, entendimento que cuidar (...) vai para além de prestar cuidados (...), comporta uma atitude também ela aprendida, treinada, investigável e validável (...)” (p.32), valorizando também a prestação de cuidados holísticos, considerando as dimensões, corpo-mente-emoção-espírito-ambiente, que constituem a totalidade do Ser Humano (Mariano, 2007).

Atualmente, desempenho funções num Serviço de Urgência Básica (SUB), que atende clientes em idade adulta e pediátrica, deparando-me diariamente com situações de intensa emocionalidade. O contacto com os serviços de saúde, particularmente a hospitalização de urgência, induz no cliente pediátrico a vivência de emoções, muitas vezes, de conotação negativa (Diogo, 2015, 2017), como a ansiedade, que interferem com o seu bem-estar e com os resultados das intervenções instituídas. O atual contexto pandémico veio potenciar ou agravar a vivência desta emocionalidade pelos clientes, não só em contexto hospitalar, mas na comunidade, devido às profundas alterações da nossa rotina diária. É competência do enfermeiro EESIP (OE, 2018), assistir a “criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p. 19192), intervindo “(...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (p. 19193), sendo pertinente a implementação de intervenções que permitam gerir a ansiedade vivenciada nos vários contextos em que os clientes estão inseridos, prevenindo ou eliminando repercussões negativas na sua saúde.

A dimensão emocional dos cuidados de enfermagem tem sido cada vez mais estudada e valorizada, conduzindo a que as emoções fossem reconhecidas como foco de atenção na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), onde a emoção ansiedade foi definida como “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (OE, 2015b, p. 40), podendo também ser definida como, a resposta emocional à antecipação de uma ameaça futura, que causa desconforto e cria expectativas negativas à pessoa (American Psychiatric Association [APA], 2013; Dias, 2015).

O trabalho aqui apresentado está fundamentado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) de Paula Diogo e nas conceções atuais de Cuidar em enfermagem pediátrica, que

englobam a orientação de cuidados centrados na família (CCF), a parceria de cuidados (PC) e os cuidados não traumáticos (CNT).

Importa realçar que, na atualidade, a Enfermagem é orientada pelo paradigma da transformação que se caracteriza pela abertura da Ciência de Enfermagem sobre o mundo (Kérrouac et. al., 1994), perspetivando os fenómenos como únicos, mas em constante interação com o meio envolvente. Na prática traduz-se em cuidar de cada indivíduo perspetivando-o como ser único, indissociável do seu ambiente (Lopes, 1999), reconhecendo-lhe direito de decisão em relação à sua saúde, uma vez que, saúde e bem-estar são o que cada cliente define que é para si (Lopes, 1999). Neste sentido, os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem, perspetivam o ambiente, como o universo em que a pessoa está inserida e faz parte, coexistindo com a pessoa; a pessoa, como um todo integrado não redutível às suas partes, que procura a saúde e qualidade de vida e que sofre influência do ambiente; a saúde, como um conceito subjetivo, uma experiência única e particular de cada indivíduo, designando o que cada pessoa diz que é para si; e cuidados de enfermagem como os cuidados que visam o bem-estar da pessoa, tal como ela o define.

Com base nos referenciais teóricos anteriormente referidos, foram definidos objetivos e planeadas atividades, visando o desenvolvimento de competências especializadas de forma a alcançar a qualificação de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Posto isto, o primeiro capítulo do presente Relatório consiste no enquadramento teórico-conceptual sobre a temática em estudo, onde se explicitam os referenciais teóricos que lhe dão suporte. Segue-se o segundo capítulo, onde se descreve a pertinência da problemática, evidenciando-se o objeto de estudo. O terceiro capítulo consiste na apresentação da metodologia utilizada neste percurso de formação. No quarto capítulo, explicito a análise reflexiva das atividades desenvolvidas de forma a cumprir os objetivos propostos, nos diferentes contextos de estágios, assim como a descrição das competências correspondentes. De seguida, apresento algumas considerações sobre este percurso formativo e planeio projetos para o meu futuro profissional.

## CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL

As crianças são o futuro da Humanidade (World Health Organization (WHO), 2013), sendo por esta razão premente a sua proteção em termos físicos, sociais ou de saúde. Historicamente, o conceito de criança sofreu uma evolução, deixando de ser propriedade dos pais para se tornar um sujeito com direitos próprios reconhecidos legalmente pelo Estado. Atualmente, criança é todo o Ser Humano até aos 18 anos menos 1 dia (UNICEF, 2019), exceto nas situações de doença crónica ou incapacidade, em que a maioridade será aos 21 anos ou assim que a transição para a vida adulta esteja assegurada (OE, 2011a). Após reconhecerem as crianças como sujeitos de direito, houve necessidade de as proteger, também, a nível dos cuidados de saúde. É neste contexto que em 1988 é elaborada a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008), e decorrente desta a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021).

Na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008), pode ler-se que a criança tem direito “a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado” (p.7), enquanto, na Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021), está explanado que “as crianças têm o direito a estar acompanhadas pelos pais/mães/cuidadores em todos os momentos da prestação dos seus cuidados” (p. 4). Ambos os documentos enfatizam o direito da criança a cuidados de saúde diferenciados, assim como, o direito desta em participar nas decisões relativas à sua saúde. É, também, salientado o papel fundamental da família no saudável crescimento e desenvolvimento da criança (Sampaio & Angelo, 2015).

Família, é considerada como o “grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente” (OE, 2011b, p.6). Assim, o foco dos cuidados em enfermagem pediátrica é a díade criança ou jovem e família no seu conjunto, pois são indissociáveis (OE, 2011b). Consequentemente, a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008) explicita que “os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho (...) ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho”. Também, na Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021), a família é reconhecida como foco de cuidados conjuntamente com a criança ou jovem, nomeadamente pela recomendação de os

cuidados de saúde serem prestados por profissionais com formação adequada para responder às necessidades físicas, sociais, psicológicas e emocionais das crianças e jovens, mas também, da sua família.

A prestação de cuidados de enfermagem visa o binómio indissociável da criança ou jovem e sua família, assente na filosofia de cuidados centrados na família (CCF), na parceria de cuidados (PC) e na prestação de cuidados não traumáticos (CNT). Para além destes, cada enfermeiro adota referenciais teóricos que permitam orientar a sua prática, assente nos princípios basilares dos cuidados de saúde da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

No capítulo seguinte, exponho os referenciais teóricos que dão suporte a todo o meu percurso de desenvolvimento profissional, e consequentemente, pessoal. De forma a facilitar a leitura deste documento, doravante o termo “criança” designará, criança e jovem.

### **1.1 – Cuidar em enfermagem pediátrica: conceções teóricas**

As crianças são seres vulneráveis, com necessidades especiais, pelo que um dos grandes objetivos da enfermagem pediátrica é a melhoria dos cuidados de saúde à criança e família em qualquer contexto em que estes se encontrem (Hockenberry & Barrera, 2014). Neste sentido, o enfermeiro especialista ESIP demonstra um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde da criança e família (OE, 2019).

Assim, o enfermeiro presta *cuidado* combinando “(...) elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 200, p. 37), estabelecendo-se uma relação terapêutica entre a pessoa que recebe os cuidados e a pessoa que os presta (Hesbeen, 2000; Duffy, 2011), “na qual uma presença para cuidar é transformadora tanto para os clientes como para os enfermeiros (...) promovendo e valorizando o papel fundamental da relação, da conexão entre pessoas” (Diogo, 2015, p. 12). Para que esta relação seja verdadeiramente terapêutica, Diogo (2015) defende que o enfermeiro mobiliza “as suas habilidades de gestão de emoções, para desenvolverem um envolvimento emocional com o cliente e uma sensibilidade para a experiência humana de sentir” (p. 60). Para tal, o enfermeiro necessita compreender a sua própria

essência (Self) (Watson, 2002 citada por Diogo, 2015), conhecer e identificar as suas emoções e pensamentos de forma a desenvolver a habilidade de perceber, escutar e ouvir o outro, evitando um cuidado árido, estéril e sem imaginação, visto que os cuidados de enfermagem são simultaneamente a arte e a ciência humana do cuidar, um ideal ético, moral e um processo transpessoal que visam fomentar a harmonia entre corpo-mente-espírito (Carper, 1978; Lenardt, & Timm, 1997; Phaneuf, 2005).

Portanto, o enfermeiro presta cuidados centrados na pessoa-cliente, que é única e irrepetível, baseando esses cuidados no respeito, na disponibilidade, na confiança e honestidade, no amor, na empatia e em conhecimento científico (Maleita, 2014), que configura a evolução da prestação de cuidados centrados na doença para a prestação de cuidados assentes numa abordagem holística (Miranda, Arruda & Melo, 2020), já implícita no artigo 82º, alínea b), do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), onde se lê que o enfermeiro tem o dever legal de “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (p. 99). Nesta perspetiva, a doença não é entendida como o oposto da saúde, mas antes como o estado de desequilíbrio do sistema. A intervenção de enfermagem, segundo Diniz et al. (2019), visa identificar os *stressores* e os fatores de risco que possam ser prevenidos, com o “objetivo de manter um grau máximo de bem-estar” (p. 601).

Watson, na Teoria do Cuidado Humano (Tonin et al., 2020), enfatiza o cuidado transpessoal experienciado no momento do cuidado, reconhecendo “o amor como o mais alto nível de consciência e a fonte de todo o *healing* (restauração)” (p. 3). Cuidado transpessoal significa, portanto, “ir além do ego”, dar e receber vida, pelo qual a pessoa que cuida (profissional) está autenticamente presente no momento do cuidado conectando-se com a pessoa cuidada e abrindo-se ao campo infinito de possibilidades (Tonin et al., 2020). A pessoa é considerada um ser sagrado, possuidora de diversas dimensões, pelo que a relação de cuidar do outro é intersubjetiva, pois é um “espaço” criado por ambos, em que o enfermeiro cuida com intencionalidade em cada momento de cuidado, já que o cuidado é também encarado como sagrado. Watson (2002), menciona que a relação de cuidar transpessoal subentende uma relação de intersubjetividade que transcende o individual, reconhecendo o poder de cura do amor e da compaixão. Consciência e intencionalidade são os elementos fundamentais do momento de cuidar, uma vez que, durante o *cuidado*, enfermeiro e cliente experienciam um encontro espiritual profundo.



Assim, o enfermeiro EESIP, cuida da criança e família com recurso à sua própria essência (*Self*), numa relação bidirecional em que ambas as partes recebem e dão de si ao outro. As emoções e sentimentos assumem, nesta perspetiva, grande relevância para os cuidados de enfermagem sendo necessário um eficiente desempenho do trabalho emocional para que a relação estabelecida entre a criança e família e o enfermeiro seja de facto, promotora de saúde e bem-estar em todas as dimensões do Ser Humano.

Trabalho emocional (TE), pode ser definido como o processo de autorregulação entre as emoções sentidas e as expressas, durante a interação com os clientes (Gabriel & Diefendorff, 2015). Diogo (2015), citando Hochschild (1983), define TE como a “(...) indução ou supressão dos sentimentos para manter uma aparência exterior que resulte num cuidado com os sentimentos dos outros, proporcionando um ambiente seguro” (, p. 40). A mesma autora, citando Smith (1992, 2012), complementa referindo que em enfermagem o trabalho emocional é “(...) de natureza especializada, que tem de ser aprendido da mesma forma que as competências para prestar cuidados físicos” (p. 41). O desempenho do trabalho emocional traz benefícios tanto para o cliente como para o profissional pois, permite melhorar os resultados em saúde para a criança e família, mas também potencia “a satisfação no trabalho, maior envolvimento com o cliente e sua satisfação com os cuidados” (Diogo & Mendonça, 2019, p. 22).

O trabalho emocional em enfermagem implica a mobilização de competências como, dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, utilizar o humor, ser paciente, aliviar o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudar a resolver os seus problemas (Smith, 2012). Ocorre, assim, a expressão e partilha de emoções vivenciadas pelos clientes, no caso, criança e família, e o enfermeiro vivencia respostas emocionais a essas mesmas emoções (Diogo, 2015, 2019). Pelo exposto, a escolha do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) (Diogo, 2015, 2019), como suporte teórico deste meu percurso formativo e profissional, assume grande relevância pois permite guiar a intervenção do enfermeiro “na gestão da emocionalidade associada a situações de cuidados, que acrescentam sofrimento à criança, ao jovem e à sua família, e que também têm o potencial de serem emocionalmente desgastantes para os enfermeiros” (Diogo, 2019, p. 2), transmutando emoções de conotação negativa, noutras percecionadas como agradáveis, tanto pela criança e família, como pelos profissionais envolvidos.

O Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019) fundamenta-se em cinco conceitos centrais que são a pessoa-cliente (criança ou jovem e família que experienciam o problema de saúde), a pessoa-enfermeiro (da qual são esperadas determinadas capacidades), o ambiente (físico e relacional), a relação enfermeiro-cliente (que se pretende com efeito terapêutico) e o trabalho emocional (que consiste na gestão intencional das emoções dos clientes). É, portanto, uma orientação estruturante para a prática profissional, do qual emanam intervenções que podem ser implementadas para a gestão emocional, particularmente, na gestão da ansiedade da criança e da família em qualquer contexto de cuidados de saúde, que possibilita aos enfermeiros proteção da exaustão emocional, ancorando “(...) nos seus cuidados a presença, a disponibilidade, a empatia e a afetividade com a intencionalidade de cuidar” (Diogo, 2019, p. 10), e à criança e família, possibilita a gestão das suas emoções, utilizando os seus recursos internos e externos, auxiliados pelos enfermeiros (Diogo, 2015; Diogo et al., 2017). Este modelo, consiste em cinco categorias de intervenção que se interligam e sobrepõem e que são: promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções na pessoa; construir a estabilidade na relação; e regular a sua disposição emocional para cuidar (Diogo, 2019).

Inerente a todos os conceitos e ideias aqui explanadas, está a noção de que a criança e família estão em constante interação com o ambiente, influenciando e sendo influenciados pelo mesmo. Assim, considereei pertinente mobilizar neste meu percurso, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, por se tratar de um modelo orientado para o bem-estar holístico, que se baseia no conceito de stresse e de reação ao stresse, considerando o ambiente total do cliente. Os *stressores*, são definidos como estímulos que “produzem tensões e que têm o potencial de causar a instabilidade do sistema” (George, 2000, p. 229), podendo ser de natureza intrapessoal, interpessoal ou extrapessoais, conforme ocorram dentro ou fora dos limites do sistema-cliente.

Assim, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman & Fawcett, 2002, 2011), considera três tipos de ambiente, o ambiente interno (correlaciona-se com os stressores intrapessoais), o ambiente externo (correlaciona-se com os stressores inter e extrapessoais) e o ambiente criado que inclui os stressores intra, inter e extrapessoais (George, 2000, p. 230). Este Modelo, perspetiva a pessoa-cliente ou sistema-cliente (podendo designar indivíduos, famílias, grupos ou comunidades) como um sistema aberto, dinâmico, em permanente interação com o meio envolvente (George, 2000; Neuman & Fawcett, 2002; Ume-Nwagbo, DeWan, & Lowry, 2006).

O sistema-cliente compreende cinco variáveis em interação, nomeadamente, a fisiológica (estruturas e funções do organismo), a psicológica (processos mentais e relacionamentos), a sociocultural (expectativas e atividades socioculturais), de desenvolvimento (desenvolvimento ao longo do ciclo de vida) e espiritual (influência de crenças espirituais) (Neuman & Fawcett, 2002; Ume-Nwagbo, DeWan, & Lowry, 2006).

A estrutura básica ou “núcleo”, consiste nos fatores relacionados com a sobrevivência e proteção do ser humano, como temperatura corporal, informação genética, estrutura do ego e resposta de sistemas orgânicos (Neuman & Fawcett, 2002; Ume-Nwagbo, DeWan, & Lowry, 2006). Esta estrutura está protegida por um conjunto de linhas cuja função é proteger o sistema contra os *stressores*.

A Linha Flexível de Defesa (LFD), constitui o limite externo de proteção, servindo como amortecedor a fim de evitar ou impedir que *stressores* invadam o sistema, através da rápida mobilização dos seus recursos. A Linha Normal de Defesa (LND), representa o normal estado de bem-estar ou de saúde do cliente, sofrendo alterações ao longo do tempo como resultado da defesa a diversos *stressores*, sendo protegida pela LFD. Por último, as Linhas de Resistência (LOR), constituem o último nível de proteção e são ativadas quando a LND é invadida pelos *stressores*, provocando uma reação do sistema (Neuman & Fawcett, 2002; Ume-Nwagbo, DeWan, & Lowry, 2006). O enfermeiro concentra-se na resposta do sistema-cliente aos *stressores* ambientais reais ou potenciais, visando a estabilidade do sistema-cliente por meio de intervenções de prevenção primária, secundária e terciária (Neuman & Fawcett, 2002; Ume-Nwagbo, DeWan, & Lowry, 2006; Hanoodde & Dhamoon, 2021).

Estratégias de prevenção primária são utilizadas para manter o estado de bem-estar, fortalecendo a LFD do sistema-cliente, através da prevenção do stresse e da redução dos fatores de risco. Neste sentido, o enfermeiro EESIP pode identificar os *stressores* associados aos vários contextos de saúde, intervindo de forma a reduzi-los ou eliminá-los. Nos cuidados de saúde primários, por exemplo, o enfermeiro EESIP pode visitar as escolas de forma a aumentar a literacia em saúde das crianças para que se sintam mais confiantes e confortáveis ao recorrerem aos serviços de saúde e assim, diminuir a ansiedade vivenciada pelos clientes.

Estratégias de prevenção secundária são utilizadas quando surgem sinais de doença, significando que os *stressores* invadiram a LND. O objetivo é identificar os *stressores* e intervir para que as LOR sejam fortalecidas, de forma que o sistema-

cliente recupere o equilíbrio, minimizando os efeitos nocivos. Um exemplo, é a ansiedade dos clientes associada à hospitalização, situações em que o enfermeiro EESIP implementa estratégias de gestão emocional de forma a transformar emocionalidade de conotação negativa em emoções mais favoráveis à recuperação do bem-estar e equilíbrio dos clientes.

Finalmente, estratégias de prevenção terciária são implementadas para que o cliente se readapte e recupere o bem-estar, por meio de educação para a saúde, de forma que o próprio sistema-cliente identifique os *stressores* e mobilize os seus recursos internos de defesa para se manter em equilíbrio (Neuman & Fawcett, 2002; Ume-Nwagbo, DeWan, & Lowry, 2006). Assim, o enfermeiro EESIP pode validar com os clientes os conhecimentos transmitidos através de educação para a saúde, por exemplo, sobre técnicas de relaxamento (prevenção primária) que a criança possa implementar sozinha sempre que reconheça em si própria, sinais e sintomas de que está a ficar ansiosa. Fomentar na criança e família, a confiança e segurança na sua capacidade de gestão emocional promove o completo bem-estar da criança e família e, por conseguinte, o desenvolvimento infantil e da família.

De salientar que enfermagem pediátrica se suporta na filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), na Parceria de Cuidados (PC) e nos Cuidados Não Traumáticos (CNT).

Os CCF têm como foco a criança e sua família, uma vez que, se reconhece a família como a principal fonte de força e apoio da criança, sendo os seus principais cuidadores (Eichner et al., 2012), constituindo assim, a base dos cuidados à criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta noção é reforçada pela OE (2015a), ao defender que a parceria de cuidados entre os profissionais e a criança e família, “(...) é sustentada, fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados” (p. 16661). Especificamente, o EEESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados.” (OE, 2018, p. 19192), isto é “(...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde (...).” (OE, 2018, p. 19192).

Segundo o *Institute for Patient- and Family- Centered Care* (IPFCC) (2020), os CCF são uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre prestadores de cuidados de saúde e os clientes, no caso, as crianças e famílias, sendo os próprios clientes a decidir como participarão nos cuidados e na tomada de decisão. Nesta perspetiva, reconhece-se que as crianças e famílias são aliados essenciais para a segurança e qualidade, planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, assim como no desenvolvimento de políticas organizacionais e institucionais dos cuidados (Sanders, 2014; *National Center for Cultural Competence* (NCCC), 2007). Também, Smith (2018), refere os CCF como uma filosofia de cuidados que reconhece a criança no contexto específico da família e apoia os seus membros no seu papel de cuidadores. Operacionaliza-se através da parceria entre os enfermeiros e familiares, que colaboram na construção do plano de cuidados, negociam, tomam decisões e, avaliam continuamente os cuidados prestados. A OE (2015a) salienta que o EEESIP deve valorizar e apoiar a vontade dos familiares e, especificamente, os pais de participarem nos cuidados.

Os CCF baseiam-se na capacitação e no empoderamento das famílias “(...) de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações” (Hockenberry e Barrera, 2014, p.11). Esta filosofia de cuidados assenta em quatro pressupostos centrais que são: dignidade e respeito - profissionais de saúde ouvem e respeitam as perspetivas e escolhas dos clientes para a prestação de cuidados, no que respeita ao conhecimento, valores, crenças e cultura; partilha de informação - os profissionais de saúde comunicam e trocam informações verdadeiras, oportunas, completas, precisas e imparciais com os clientes; participação - os clientes são incentivados e apoiados na participação no cuidado e na tomada de decisões, no grau de envolvimento que escolherem; colaboração - todos os intervenientes colaboram no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas de saúde (Hockenberry e Barrera, 2014; IPFCC, 2006, 2020).

Deve, também, ser assegurada a permanência constante da família junto da criança, qualquer que seja a sua condição de saúde ou doença, encorajando os pais a participar ativamente nos cuidados ao seu filho (IAC, 2008), a um nível que deixe a família confortável, não exigindo cuidados mais complexos do que aqueles que a

família consegue prestar (Smith, 2018). Portanto, a filosofia dos CCF pretende “minimizar os efeitos negativos da hospitalização, maximizar os benefícios da hospitalização, garantir o planeamento e a preparação adequada da alta e proporcionar conforto e apoio total” (Sanders in Wong, 2014, p. 1026).

Em enfermagem pediátrica está implícita uma parceria de cuidados entre a criança, família e o enfermeiro, estabelecida através de uma relação de confiança mútua, pela definição clara de papéis e concordância sobre o grau de envolvimento da família na prestação de cuidados (Sousa, Antunes, Carvalho, & Casey, 2013). Esta parceria baseia-se numa comunicação efetiva, na negociação e respeito pelos desejos da família. Os enfermeiros capacitam as famílias pela “criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas para atender às necessidades da criança e família” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11), *empoderando* a família “(...) de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11). Eventualmente, perante determinadas situações, os familiares podem não ser capazes de prestar o cuidado necessário, pelo que, nestas situações o profissional, sem tecer juízos de valor deve substituir a família, durante o tempo necessário até que o familiar consiga ou possa assumir essa função (Sousa, Antunes, Carvalho, & Casey, 2013)

O enfermeiro EESIP, integra na sua prática profissional, os Cuidados Não Traumáticos (CNT), que são cuidados terapêuticos, prestados por profissionais, que executam determinadas intervenções com a finalidade de eliminar ou minimizar o desconforto físico e psicológico vivenciado pela criança e família em qualquer contexto de cuidados (Hockenberry e Barrera, 2014). Têm como principal objetivo não causar dano, baseando-se em “prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo, e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 12). Constituem uma intervenção autónoma de enfermagem, que não apresenta contraindicações, e que traz benefícios para a criança e família pois permite, por exemplo, através do brincar, da conversa, do conto de histórias, do jogar, do pintar, do ouvir música, da visualização de desenhos animados, reduzir ou eliminar a dor, o desconforto, o medo, o stress ou a ansiedade associada aos cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014).

## **1.2 – Ansiedade experienciada pela criança e família associada aos processos saúde-doença**

As emoções fazem parte do Ser Humano, mas nem sempre foram tidas em consideração na prestação de cuidados. Com a evolução da ciência foi demonstrado o importante papel que as emoções desempenham no bem-estar das pessoas pelo que também, os cuidados de enfermagem refletem essa evolução para um cuidado humanizado e holístico.

Distinguindo emoções de sentimentos, entende-se que emoções são provocadas por “imagens mentais” que ao ativarem determinadas respostas cerebrais, provocam alterações manifestadas fisicamente, sendo publicamente observáveis (Damásio, 2000, s.p.). Enquanto, sentimento é a experiência mental, privada de uma emoção (Damásio, 2000; Immordino-Yang & Damásio, 2007). A cada emoção corresponde uma reação fisiológica diferente (Goleman, 2011). O conhecimento deste facto permite ao enfermeiro EESIP reconhecer as diferentes emoções na criança e família a quem presta cuidados, adaptando a sua intervenção, visando os melhores resultados de saúde. Contudo, o enfermeiro necessita também, conhecer as suas próprias emoções e pensamentos, de forma a desenvolver a habilidade de perceber, escutar e ouvir o outro (Diogo, 2015).

Diogo (2015) alude que a inteligência emocional envolve “o desenvolvimento de competências humanas essenciais como a auto-consciência, o autodomínio e a empatia, e as artes de escutar, resolver conflitos e cooperar” (p. 25), mas também a capacidade de gerir as emoções conforme as necessidades, a identificação de emoções nas outras pessoas e a gestão de relacionamentos (Goleman, 2010). Nesta perspetiva, é perceptível a importância do trabalho com as emoções, designado como trabalho emocional (TE), que se constitui como uma estratégia importante benéfica para os clientes como para o profissional de enfermagem.

A emoção ansiedade foi incluída na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), cuja definição é “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (2015b, p. 40). Ansiedade, pode também ser definida como um sentimento de apreensão, medo e angústia (Royal College of Nursing, 2014), como preocupação excessiva com o futuro que incute tensão ou *stress* (Wauthia et al., 2019), ou ainda, como “um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo

desconhecido ou estranho” (Castillo et al., 2000, p.20), mantendo-nos num estado de alerta para lidarmos com ameaças ou situações de perigo (Perosa, Silveira, & Canavez, 2008), sendo por esta razão uma emoção essencial à nossa sobrevivência.

No entanto, a manutenção de estados ansiogénicos prolongados, especificamente em crianças, pode condicionar negativamente o seu desenvolvimento. A ansiedade na criança e família manifesta-se pela exposição a *stressores*. O EEESIP deve, por esta razão reconhecer esta emoção na criança e familiares de forma a prevenir ou a minimizar potenciais repercussões negativas na saúde.

As manifestações referidas na literatura como sinais e sintomas de ansiedade, são agrupados por manifestações físicas e emocionais ou comportamentais. As manifestações físicas englobam alterações do padrão de sono, o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, cefaleia, náuseas e vômitos, dor abdominal, sensação de “borboletas na barriga” e alterações intestinais (Royal College of Nursing, 2014; Wauthia et al., 2019). Como manifestações emocionais ou comportamentais são descritas, o choro, o distanciamento ou evitamento, roer as unhas, morder o lábio ou enrolar o cabelo, a preocupação excessiva, as mudanças de humor repentinas, verbalização de perda de controlo e pessimismo, a inquietação e o nervosismo (Royal College of Nursing, 2014; Wauthia et al., 2019).

Paul Ekman (1996) alude que a ansiedade pode ser identificada pela observação de expressões faciais, já que as emoções são “respostas afetivas pré-programadas evolutivamente, expressas e reconhecidas de modo semelhante por toda a espécie” (Costa-Vieira & Souza, 2014, p. 119). A expressão facial demonstra de forma instantânea a emoção sentida e a sua intensidade pelo que é muito difícil ser manipulada (Ekman, 1996; Ekman, 2003, Freitas-Magalhães & Ekman, 2008; Freitas-Magalhães, 2013). A expressão facial é analisada pelos movimentos das sobrancelhas, dos olhos e da boca no que respeita à amplitude, simetria e intensidade.

Quando sentimos ansiedade, a nossa face demonstra essa emoção através da elevação das pálpebras superiores, as pálpebras inferiores ficam tensas, as sobrancelhas assumem uma posição oblíqua e elevada (Ekman, 2003), o queixo descai e a boca abre-se horizontalmente (Freitas-Magalhães & Ekman, 2008; Freitas-Magalhães, 2013). Também, a postura corporal pode indicar ansiedade. Nesta situação observa-se o corpo curvado e encolhido, os braços tendem a estar sobre o peito, as mãos podem estar trémulas assim como os membros inferiores (Ekman &



Cordaro, 2011; Braz, 2013). Por outro lado, Ekman (1996), refere nomeadamente que pela observação das expressões faciais, se pode inferir qual o estado emocional de alguém, uma vez que, a alegria, a tristeza, a raiva, o medo, a surpresa e o nojo ou aversão, são expressões faciais universalmente reconhecidas (Ekman, 1996; Goleman, 2011; Costa-Vieira & Souza, 2014). Estas seis emoções referidas constituem as seis famílias de emoções básicas, que são reconhecidas de forma inata (Ekman, 1996).

A ansiedade, é considerada como uma emoção secundária, aprendida durante o desenvolvimento através da socialização, e que se inclui na família da emoção medo (Ekman, 1996; Goleman, 2011). O enfermeiro EESIP, ao conhecer e reconhecer as especificidades das manifestações de ansiedade que tanto a criança como os familiares podem demonstrar, está numa posição privilegiada para atuar preventivamente ou, numa atitude de cuidado vigilante, aferir em cada contacto a sua existência, implementando de imediato estratégias de gestão emocional.

### **1.3 – Trabalho emocional dos enfermeiros na minimização da ansiedade da criança e família**

Como explicitado anteriormente, a vivência emocional intensa, nomeadamente, estados ansiogénicos prolongados podem constituir risco para a saúde da criança e família, pelo que se torna pertinente que o enfermeiro EESIP implemente estratégias que visem a minimização da ansiedade dos clientes.

Uma estratégia de gestão emocional, especificamente, da ansiedade diz respeito ao ambiente físico e humano. Promover um ambiente seguro e afetuoso (Diogo, 2015, 2019), seja pelo uso de fardas coloridas ou por um espaço físico (paredes e tetos) colorido e com desenhos, seja, pela criação de um ambiente afetuoso na relação com os clientes e entre os próprios enfermeiros, permite atenuar a perceção que os clientes têm de que o hospital, por exemplo, é um espaço “estranho e stressante, frio e assustador ou adverso e dominador” (Diogo, 2015, p. 227). Não só o hospital é percecionado como assustador, também os cuidados de saúde primários são muitas vezes associados a procedimentos dolorosos (vacinação e tratamentos), o que induz ansiedade na criança e família, geralmente, ainda antes de estarem fisicamente nas instalações. Impregnar os cuidados com afeto provoca nos clientes

um estado de tranquilidade e bem-estar, favorecendo relações de confiança entre os enfermeiros e a criança e família, que amiúde se traduz na redução da ansiedade (Diogo, 2015).

Permitir que a criança brinque é outra estratégia que minimiza a ansiedade associada aos cuidados de saúde (Amthauer & Souza, 2014). De facto, o brincar constitui uma atividade humana fundamental para o desenvolvimento pessoal (Silva & Sarmento, 2017), sendo “a vivência mais natural e espontânea da criança” (Onofre, 1997 citado por Silva & Sarmento, 2017, p. 40). Segundo Silva e Sarmento (2017), brincar permite à criança estimular e desenvolver a autonomia e a sensação de controlo sobre a realidade já que “enquanto brinca, sente que domina parte da vida, que é capaz de escolher sozinha ao que quer brincar, como quer brincar e o que fazer com o material que encontra ao seu dispor” (p.41), constituindo também uma forma de linguagem que permite à criança expressar as suas emoções. Segundo Rolim, Guerra e Tassigny (2008), brincar proporciona à criança a experiência de sentimentos de alegria e sucesso, mas também de frustração, sendo essencial ao desenvolvimento emocional da criança.

Na Carta da Criança Hospitalizada, no artigo 6º, pode ler-se que as crianças “devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade com toda a segurança” (IAC, 2008, p. 10). A Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários enfatiza, no artigo 4.º, que “o espaço deve ser o mais adaptado possível às necessidades das crianças”, nomeadamente, pela “disponibilização de material lúdico higienizável adaptado às diferentes faixas etárias” (IAC, 2021, p. 3).

Também no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013), é evidenciada a importância do brincar para um desenvolvimento saudável da criança, sendo considerado como um comportamento promotor da saúde. O brincar é, assim, “uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta” (Hockenberry, 2014, p. 130), nomeadamente, através do brincar terapêutico que é “uma abordagem que se constitui num brinquedo estruturado para que a criança alivie sua ansiedade mediante as experiências vivenciadas no hospital, que representam para ela, uma ameaça” (Barroso et al., 2020, p. 2), sendo uma estratégia adequada na preparação da criança para os procedimentos (Hockenberry, 2014; Engenheiro et al., 2016). Também, Sezici, Ocakci e Kadioglu (2017), referem que brincar diminui os níveis de medo e ansiedade das crianças, aumenta a sua

autoestima, melhora a comunicação e a capacidade de superação. O brincar e o brincar terapêutico, constituem um aspecto fundamental dos cuidados de enfermagem pediátricos, que promove a afetividade, a segurança e ajuda as crianças a ultrapassar o medo e a ansiedade do desconhecido (OE, 2010).

O enfermeiro EESIP deve proporcionar às crianças e famílias, oportunidade para pintar, brincar, ouvir música, ver desenhos animados ou séries do seu interesse, jogar e outras atividades que visem diminuir o desconforto, a dor, o medo e a ansiedade dos clientes (Hockenberry & Wilson, 2014) e, que constituem exemplos de estratégias de distração. Importa esclarecer que “distração” é uma estratégia criada para desviar a atenção do cliente de determinada situação ou procedimento, para se concentrar em algo mais agradável, ajudando-os a ultrapassar momentos mais *stressantes*, de maior ansiedade ou mais dolorosos (Aminabadi, Farahani, Gaijan, 2008). Considera-se distração ativa quando é necessária a participação da criança na atividade escolhida para a distrair (jogos e brincadeira), enquanto na distração passiva, não é necessária a participação direta da criança (música ou vídeos). Ambas têm efeitos positivos na redução da ansiedade da criança e da família (Nuvula et al., 2015).

As estratégias de intervenção que o enfermeiro utiliza dependem dos *stressores* identificados e das características específicas de cada sistema-cliente, traduzindo um cuidado holístico e individualizado. Assim, a ação do enfermeiro EESIP visa “a transformação positiva da experiência emocional” (Diogo, 2015, p. 230), seja no hospital, nos cuidados de saúde primários ou em qualquer outro contexto de saúde em que a criança e família se encontrem, sustentada na melhor evidência científica disponível no momento.

## CAPÍTULO II. PROBLEMÁTICA

O meu percurso profissional iniciou-se há cerca de 15 anos, num hospital central de Lisboa, onde prestava cuidados a clientes adultos. Em 2017, iniciei funções num Serviço de Urgência Básica, que atende clientes adultos e em idade pediátrica, onde observei diversas vezes reações emocionalmente muito intensas, como ansiedade ou medo, por parte das crianças e familiares que ali recorrem. Esta situação fez-me recordar, uma experiência pessoal como mãe de um prematuro, muito perturbadora, pois foi um período de grande ansiedade que ainda hoje me marca emocionalmente. O conjunto da minha experiência pessoal e profissional aliada à pesquisa bibliográfica e evidência científica, fizeram emergir em mim a necessidade de intervir junto das crianças, jovens e família para que vivenciem os seus processos de saúde-doença de forma menos perturbadora, no sentido de transformar estas situações em oportunidades de crescimento pessoal, favorecendo as estratégias de *coping* de cada um, pois “os processos de saúde-doença vividos por crianças e jovens e suas famílias estão, frequentemente, associados a uma emocionalidade intensa (...), exigindo um trabalho emocional” (Diogo, 2019 citando Diogo 2015). Em Portugal, desconhece-se a prevalência da ansiedade em crianças e famílias relacionada com os contextos de cuidados de saúde, pelo que me parece pertinente a necessidade de explorar melhor o tema aqui proposto.

Assim, o tema deste trabalho relaciona-se com o desempenho do trabalho emocional para cuidar em pediatria, tendo delimitado como problema a ansiedade das crianças, jovens e famílias associada aos processos de saúde-doença. Consequentemente, o meu objeto de estudo são as intervenções de enfermagem no âmbito do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, que facilitam a gestão da ansiedade dos clientes, em diferentes contextos de cuidados, na saúde ou doença.

Sentir ansiedade em determinados momentos da vida, faz parte do desenvolvimento do Ser Humano, já que constitui uma estratégia de sobrevivência que nos permite reagir a situações de stress e de perigo (Montiel, Bartholomeu, Machado, & Pessotto, 2014). No entanto, estados de intensa ansiedade podem comprometer o bem-estar da criança e da sua família, com efeitos potencialmente mais nefastos quando associados aos processos saúde-doença e ao contacto com os serviços de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014; Melo, & Frizzo, 2017; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental [SPPSM], 2020).

Outro aspeto a ter em conta, é a ansiedade vivida pelos acompanhantes das crianças que recorrem aos serviços de saúde pois, Melo e Frizzo (2017), referem que a ansiedade dos pais dificulta a parceria nos cuidados, pilar fundamental dos CCF, o que por si só constitui um obstáculo aos cuidados. Também, Costa et al. (2020) referem que experiências adversas na infância e adolescência, nomeadamente a exposição a ansiedade, mesmo em limiares baixos parece representar um risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos mentais na idade adulta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), em 2015 aproximadamente 3,6% da população mundial, cerca de 264 milhões de pessoas, sofriam de algum tipo de ansiedade.

A ansiedade foi reconhecida como um foco de cuidados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), sendo esta emoção definida como “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (2015, p. 40), constituindo uma resposta emocional à antecipação de uma ameaça futura, que causa desconforto e cria expectativas negativas à pessoa, que pode ou não estar presente (APA, 2013; Dias, 2015). É pela exposição a *stressores* que a ansiedade se manifesta, pelo que o EEESIP pode intervir para eliminar ou minimizar os *stressores* associados aos diferentes contextos em que a criança e família se inserem, durante os seus processos de saúde-doença.

### **CAPÍTULO III. METODOLOGIA**

O meu percurso baseou-se numa metodologia reflexiva, promotora da articulação entre o conhecimento e a prática profissional, por meio da “reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação” (Schön, 1983 citado por Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122), que fomenta o desenvolvimento progressivo de competência, fortalecida pelo saber, pelo saber-ser e o saber-fazer.

Benner (2001) complementa referindo que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p. 61). Portanto, competência compreende “um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes” (Alarcão, 2001, p. 54), que se revelam num desempenho adequado perante determinadas circunstâncias (Alarcão, 2001; Alarcão & Rua, 2005). Trata-se de aprender, fazendo, refletindo sobre a ação (individualmente ou em grupo), aplicando esse conhecimento em situações da prática profissional, especificamente nos contextos de estágio, visando o desenvolvimento de competências, que são “um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. (...) e a capacidade global da pessoa manifestada na ação e na situação” (Alarcão, 2001, p. 54).

Competência, envolve três sub-competências essenciais: a competência cognitiva (processo mental de avaliação, interpretação, planeamento das intervenções de enfermagem relativas a determinada necessidade identificada); a competência técnica (destreza na execução de técnicas respeitando as normas); e competência comunicacional (habilidade de adequar a comunicação ao cliente, saber escutar, realizar ensinamentos oportunos, estabelecer relação de ajuda e efetuar registos pormenorizados) (Alarcão & Rua, 2005).

O enfermeiro competente é aquele que aplica o conhecimento à prática clínica, dando resposta às exigências de cuidados, nomeadamente, pela capacidade de “mobilizar, no momento oportuno, um conjunto de conhecimentos e um conjunto de capacidades adequadas a um determinado desempenho exigido por uma determinada situação concreta.” (Alarcão, 2001, p. 56).

Assim, o enfermeiro que pretende tornar-se enfermeiro especialista necessita adquirir conhecimento e experiência prática, que se concretizam num conjunto de

saberes, aptidões e competências que estão para além das expectáveis para um enfermeiro generalista (Benner, 2001; Rolfe, 2014), e que envolvem a “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019, p. 4744), reafirmando a importância da pesquisa e investigação na área de enfermagem.

Na situação específica de enfermagem pediátrica, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) defende que as crianças e jovens devem ter direito a cuidados de saúde específicos, que promovam a sua saúde, previnam a doença, facilitem o tratamento e recuperação, baseada numa perspetiva holística e ética, suportada por conhecimento baseado na evidência que lhe confere autenticidade e a diferencia de qualquer outra ciência ou profissão.

## CAPÍTULO IV. ANÁLISE REFLEXIVA DAS EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO

No início deste meu percurso formativo defini objetivos a concretizar no decurso dos diferentes estágios, tendo em consideração a problemática em estudo e o desenvolvimento de competências especializadas na área da saúde infantil e pediátrica.

Assim, defini como **objetivos gerais**:

- 1) Desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos de cuidados de saúde;
- 2) Desenvolver competências de maior complexidade que facilitem a gestão da ansiedade da criança ou jovem e família, nos seus processos de saúde-doença.

De forma a concretizar estes objetivos delineei como **objetivos específicos** transversais a todos os contextos de estágio:

- a) Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional dos serviços;
- b) Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança ou jovem e família;
- c) Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos;
- d) Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança ou jovem e família.

Uma vez que, neste percurso formativo realizei estágio em cinco contextos diferentes, cada um com especificidades próprias, defini outros objetivos mais específicos para cada contexto.

Assim, para o **serviço de urgência pediátrica** (SUP) defini também como objetivos específicos, adquirir e consolidar conhecimentos sobre cuidados especializados à criança, jovem e família em situação de urgência e emergência e prestar cuidados especializados à criança, jovem e família em situação de urgência e emergência.



Para o estágio no **serviço de pediatria** (SP), delineei prestar cuidados holísticos e individualizados à criança, jovem e família durante a hospitalização.

Para a **unidade de saúde familiar** (USF) planeei como objetivo específico prestar cuidados à criança, jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários.

Relativamente à **Unidade de Neonatologia** (UN), defini como objetivos específicos prestar cuidados especializados ao RN e pais no âmbito da neonatologia e identificar necessidades emocionais do RN e pais na neonatologia.

Para o estágio no **centro de desenvolvimento da criança** (CDC), com duração de 2 semanas, planeei como objetivo específico prestar cuidados à criança, jovem e família em situação de doença crónica complexa.

O meu percurso de estágio decorreu durante a pandemia por Covid-19, num período em que os serviços se organizavam para dar resposta à exigência de cuidados. Esta situação veio aumentar a complexidade deste percurso, exigindo da parte dos enfermeiros dos serviços, mas também da minha parte, resiliência e um trabalho emocional muito intenso para lidar com os vários desafios que foram surgindo. Assim, pretendo, neste capítulo demonstrar, não só o trabalho subjacente ao desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista EESIP, mas também, o crescimento pessoal que esta experiência me proporcionou.

Durante a elaboração do projeto de estágio, que agora culmina na realização deste relatório, foi importante a elaboração do **mapa conceptual** (Apêndice I), pois constitui um recurso esquemático para apresentar um conjunto de conceitos, fornecendo um resumo do que foi aprendido, facilitando a organização do conhecimento (Ontoria, 2006).

Baseando-me nos objetivos gerais e específicos delineados durante a realização do meu projeto de estágio, elaborei um **Guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice II). Este documento foi apresentado e discutido com as EESIP orientadoras, no início de cada estágio, de forma a proceder à necessária adequação das atividades planeadas, com o intuito de concretizar os objetivos delineados. Foi também possível reunir informação pertinente para a elaboração de documentos com

a caracterização funcional e organizacional dos respectivos serviços onde realizei os meus estágios, que constam no guia orientador das atividades de estágio.

Seguidamente, apresento as atividades desenvolvidas organizadas por contextos de estágios.

#### **4.1 Serviço de urgência pediátrica**

A necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) constitui um momento de *stress* para toda a família devido à incerteza sobre a gravidade da situação que os conduz à urgência, podendo acarretar alterações ao habitual desenvolvimento da criança (Brazelton, 2013). Trata-se, portanto, de um momento de instabilidade emocional tanto para a criança, como para a família pela exposição a *stressores* como a incerteza do diagnóstico, a presença de desconhecidos, o ambiente hospitalar (ruidoso e agitado), o medo da separação dos pais ou acompanhantes, o medo da dor, da morte, dos procedimentos (habitualmente dolorosos) e de tudo o que é desconhecido, a perda de controlo e autonomia, a alteração das rotinas diárias e as experiências anteriores (que condicionam fortemente as experiências atuais e futuras) (Diogo, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014). As reações a estes *stressores* são influenciadas pelo desenvolvimento da criança e seus mecanismos de defesa, pela gravidade do diagnóstico, pelo sistema de suporte dos clientes e pelas experiências anteriores em contexto hospitalar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Possuindo este conhecimento, o enfermeiro especialista, pode agir no sentido de transformar positivamente a experiência de hospitalização (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015; Diogo, 2015, 2019; Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017), procurando contribuir “para uma experiência positiva dando armas e ferramentas” (Diogo, 2015, p. 175), aos clientes para que consigam lidar com estes *stressores*. Segundo Diogo (2015), “os clientes mobilizam os seus recursos internos de autocontrolo, mas podem precisar de ajuda para encontrarem sentido para a experiência e deste modo atenuar a emocionalidade excessiva, funcionando os enfermeiros como um recurso em si” (2015, p. 175). Todos estes aspetos denotam a importância de desenvolver trabalho emocional, mesmo num serviço em que o tempo

de permanência da criança e família é limitado, onde em muitas ocasiões é necessário dar prioridade à componente técnica dos cuidados em detrimento da relacional. É precisamente este aspeto que também fundamenta a necessidade de o enfermeiro desenvolver autoconhecimento, já que presta cuidados a inúmeros clientes, cada um com as suas especificidades e necessidades de cuidados, onde o conflito é fácil por as “emoções estarem à flor da pele”. O enfermeiro é o profissional a quem é solicitada elevada capacidade de adaptação às circunstâncias específicas, sendo muito importante que este conheça as suas próprias limitações e necessidade de ajuda (Diogo, 2015). Foi com base nesta ilação que elaborei um **registo reflexivo sobre o desempenho do trabalho emocional no SUP** (Apêndice III), onde descrevo momentos de cuidados no meu contexto de estágio fazendo a correlação com os conceitos anteriormente apresentados. Como contributo para esta atividade assisti ao 2.º Webinar subordinado ao tema “**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de Covid-19**” (Anexo I). A realização desta atividade e a prestação de cuidados que lhe está subjacente teve o intuito de desenvolver as competências: E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

O primeiro contacto entre os enfermeiros e a criança e família no SUP ocorre no momento da triagem. No SUP onde decorreu o meu estágio, é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester, adaptado ao contexto pediátrico, através do qual o enfermeiro triador escolhe o fluxograma que melhor se adequa à queixa do cliente, de entre um conjunto de fluxogramas pré-definidos, que começam por excluir as situações de doença mais grave, para as de menor gravidade (Costa, Torres & Sousa, 2022). Para tal, o enfermeiro triador necessita ser possuidor de conhecimento especializado na área da pediatria, de forma a detetar situações de doença urgentes ou emergentes.

No meu contexto de estágio, observei que o enfermeiro distribuído na sala de triagem é preferencialmente, o enfermeiro EESIP ou, em alternativa, um enfermeiro considerado perito devido à sua experiência profissional, de forma a garantir a melhor avaliação da criança, já que o tempo preconizado para a realização de uma triagem é de 2 a 5 minutos (Grupo Português de Triagem, 2010). São, portanto, 3 minutos muito importantes para se averiguar a gravidade da situação de doença, mas também, é um

período essencial para o acolhimento dos clientes no serviço, e para o início da relação de confiança entre os clientes e os enfermeiros, essencial para os cuidados.

Assim, o EEESIP, deve preocupar-se em proporcionar um ambiente físico e humano que minimize o impacto negativo desta experiência emocionalmente perturbadora para os clientes utilizando, por exemplo, um cumprimento afetuoso. Quando os acompanhantes das crianças se sentem acarinhados, valorizados e ouvidos, sentem maior segurança e confiança nos cuidados e este sentimento transmite-se, por “contágio”, à criança, atenuando a ansiedade vivida. Muitas vezes, a triagem serve também para esclarecer dúvidas. São momentos de ensino para a saúde informais, oportunos, que vão ao encontro de preocupações e dúvidas reais dos clientes e por esta razão, o enfermeiro EESIP deve mostrar disponibilidade para as esclarecer pois, o EEESIP “facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; transmite informações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (OE, 2018, p. 19193-19194).

Evidentemente, todos os cuidados se baseiam na capacidade dos enfermeiros EESIP adaptarem a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança e família e à sua cultura (OE, 2018). Por considerar a comunicação um aspeto essencial nos cuidados de enfermagem pediátrica, elaborei o documento “**Comunicar com a criança, jovem e família num serviço de urgência pediátrica: diário de campo**” (Apêndice III), onde sintetizo as estratégias comunicacionais observadas e utilizadas durante o meu estágio, procurando desenvolver a competência: E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Segundo Campos (2017), o paradigma vigente em Enfermagem exige que os enfermeiros demonstrem competências comunicacionais de forma a promover emoções positivas nos clientes, já que “a comunicação é um processo (...) de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. (...) apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa” (Campos, 2017 citando Phaneuf, 2005). A comunicação diz-se terapêutica quando visa “apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas no processo de transição de saúde-doença, e/ou na adaptação a dificuldades” (Sequeira, 2014, p. 7), e requer do enfermeiro a capacidade de “escuta, disponibilidade, aceitação, (...), pressupõe a utilização de um conjunto de técnicas/habilidades de comunicação verbal e não verbal, nas quais a empatia e a assertividade

desempenham um papel central” (Sequeira, 2014, p. 7). Comunicar com a criança e família implica, para além de todos estes aspetos, conhecer os estádios do desenvolvimento infantil e da família, a sua cultura, para que a comunicação seja promotora de saúde (Pontes, Leitão & Ramos, 2008), estando em concordância com o facto de que o EESIP “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19194).

O desenvolvimento de competências comunicacionais foi transversal a todos os contextos de estágio, no sentido em que a comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e família, utilizando a comunicação de forma terapêutica, potencializa a expressão emocional dos mesmos. A comunicação consiste na componente verbal e não verbal da informação que está a ser transmitida, sendo bidirecional. Isto ignifica que quando comunicamos com os clientes temos de ter em consideração o que é verbalizado, mas principalmente, como é verbalizado, particularmente a crianças mais pequenas, que são muito suscetíveis à componente não verbal da mensagem. Saber ouvir, saber respeitar os silêncios, interpretar expressões e posturas corporais permite ao enfermeiro recolher informação pertinente sobre o estado emocional da criança e família, implementando intervenções adequadas à situação. Pela comunicação, estabelece-se uma relação de ajuda e de confiança entre os intervenientes que facilita a prestação de cuidados.

Este estágio proporcionou-me, também, a oportunidade de observar, participar e prestar cuidados a crianças com situações de doença urgentes e emergentes, exigindo da minha parte grande pesquisa bibliográfica de forma a preparar-me para dar resposta à necessidade de cuidados especializados, nomeadamente, na deteção de instabilidade hemodinâmica dos clientes. Embora, tenha havido necessidade de investir na componente técnica dos cuidados, o investimento pessoal que a EEESIP faz para melhorar a experiência de hospitalização da criança e família mereceu da minha parte reflexão, resultando na elaboração do documento “**A arte de cuidar da criança e família no SUP**” (Apêndice III), no qual, entre outros aspetos saliento a preocupação de prestar cuidados não traumáticos, nomeadamente pela gestão não farmacológica da dor. Com esta atividade pretendi apropriar e consolidar conhecimento sobre a gestão da dor e cuidados não traumáticos de forma a desenvolver as competências: E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E2.2 –

Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

## 4.2 Serviço de pediatria

A hospitalização é sempre um acontecimento desafiante para qualquer família, afetando-as a vários níveis, como o financeiro, social, pessoal e emocional. Os principais *stressores* associados à hospitalização são a separação dos pais ou entes queridos, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, o medo da lesão corporal, e medo da morte (Sanders, 2014, p. 1026). Também a própria doença constitui um *stressor* (intrapessoal) a ter em conta, pois pode implicar condicionamentos ao desenvolvimento infantil e da qualidade de vida da criança e consequentemente, da família.

Sendo assim, é fundamental que o EEESIP identifique as necessidades específicas de cada família, intervindo no sentido de apoiar, ensinar ou supervisionar os diferentes elementos da família, capacitando-os para gerirem os efeitos que a doença aguda, crónica ou rara produz no seio familiar, durante a hospitalização, mas principalmente, após a alta. Promover a adaptação à parentalidade durante a hospitalização deve ser uma preocupação do EEESIP, mas acima de tudo é uma responsabilidade. É através da parentalidade que a criança desenvolve o sentimento de segurança básico, fundamental para a sua autoestima e saúde futuras. A doença é um fator disruptivo ao desenvolvimento da criança, tendo a família o principal papel de suporte da criança, influenciando positivamente o seu estado emocional (OE, 2015c).

Os pais tendem a culpabilizar-se pela doença dos filhos, perdem confiança nas suas capacidades e, durante o internamento, não percebem o que podem ou não fazer, ou quais os cuidados que os enfermeiros esperam que eles sejam capazes de assegurar. O EEESIP tem por este motivo, responsabilidade na promoção da adaptação da parentalidade à hospitalização, por meio da parceria de cuidados e da filosofia de cuidados centrados na família. Para tal, a comunicação entre o enfermeiro, criança e família deve atender ao estágio de desenvolvimento dos mesmos, como já referido anteriormente (OE, 2018). A informação partilhada deve ser clara, verdadeira e honesta e dar resposta às necessidades específicas de cada família. É pela

comunicação verbal e não verbal que a criança exprime as suas emoções. As crianças vivenciam a hospitalização conforme o estágio de desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014; Figueira, 2016), pelo que o EESIP avalia o desenvolvimento da criança de forma a melhor adaptar os seus cuidados e assim, prevenir obstáculos a esse desenvolvimento, visando desenvolver as competências: E2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Vários fatores concorrem para imprimirem sofrimento emocional na criança e família, devendo o enfermeiro EESIP estar alerta e preparado para implementar estratégias de gestão emocional junto dos clientes. A hospitalização da criança, durante o contexto pandémico, como aconteceu durante o meu estágio, pareceu potenciar os efeitos negativos no desenvolvimento da criança devido à restrição de visitas de outros familiares significativos, como por exemplo, o pai (cujas visitas eram limitadas). De forma a compreender melhor este fenómeno, assisti ao 3.º Webinar subordinado ao tema **“Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de Covid-19”** (Anexo II), onde pela partilha de experiências de outros colegas que lidavam com os constrangimentos do momento, encontrei orientações para a minha intervenção.

Contudo, o enfermeiro EESIP precisa estar capacitado para reconhecer os sinais e sintomas de instabilidade emocional nas crianças e jovens a quem presta cuidados, nomeadamente, a vivência de ansiedade. Por este motivo, elaborei o documento **“Identificação dos sinais e respostas de ansiedade nas crianças e nos jovens hospitalizados: contributo para os cuidados de enfermagem especializados”** (Apêndice IV), no qual descrevo manifestações de ansiedade observadas nas crianças e jovens hospitalizados, visando desenvolver as competências: E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Este documento permitiu a identificação de sinais e sintomas de ansiedade, muitas vezes subtis, nas crianças a quem prestei cuidados, de forma a implementar atempadamente intervenções de gestão emocional, com a intencionalidade terapêutica de diminuir o sofrimento da criança. Embora este documento tenha sido realizado durante o estágio no serviço de pediatria, saliento que muitas das manifestações identificadas podem ser observadas noutros contextos de cuidados, pelo que a sua importância é transversal para os cuidados de saúde pediátricos. Por outro lado, importa evidenciar que as intervenções de gestão emocional têm como foco a criança e família, no sentido, em que o enfermeiro deve apoiar e fornecer recursos aos pais, visando a gestão das suas próprias emoções, para além das dos seus filhos, traduzindo a essência da parceria de cuidados e dos cuidados centrados na família.

Como complemento a esta atividade, propus-me analisar a aplicabilidade do modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019), a uma situação de cuidados, tendo resultado no documento **“O internamento da Ana: gerir as emoções aplicando o modelo TEEP”** (Apêndice IV). Muito mais que a descrição e numeração das ações por mim realizadas, esta atividade promoveu em mim a consciencialização do impacto que cada ação, cada palavra, cada gesto, que cada toque tem na criança e família. Embora a situação relatada não implicasse perigo imediato de vida para a criança, a emocionalidade associada foi intensa, o que exigiu da minha parte uma constante reflexão sobre qual a melhor estratégia de gestão emocional a implementar, tendo em conta a especificidade daqueles clientes, traduzindo a humanização dos cuidados.

humanizar significa acolher o paciente na sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente, na sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro, afetuoso e terno (Campos, 2017, p. 97).

O EEESIP cuida da criança e família tendo em conta todas as variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual), respeitantes a cada elemento da família, de forma a restaurar o equilíbrio entre estas variáveis e os *stressores* a que estão sujeitos. Complementando, é competência do EEESIP a prestação de “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p. 19194), no que respeita,



nomeadamente, à promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, comunicando com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018, p. 19194), pelo que o enfermeiro deve implementar ações que reflitam o conhecimento das especificidades de desenvolvimento de cada criança e da sua família (Benner, 2001), com o objetivo de reduzir os efeitos negativos da hospitalização. Com esta terceira atividade pretendi desenvolver as competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

#### **4.3 Cuidados de saúde primários - Unidade de saúde familiar**

Os enfermeiros têm desempenhado um papel muito relevante na promoção da saúde individual, familiar e das comunidades, nomeadamente na área da saúde infantil e juvenil, com ganhos em saúde comprovados e reconhecidos (DR, 2014). É competência do EEESIP a prestação de “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p. 19194), inserido na família e na comunidade.

Na USF onde estagiei os cuidados de enfermagem estão organizados pelo método enfermeiro de família, que “integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (DR, 2014, p. 4070). Assim, o “enfermeiro de família” presta cuidados a todos os membros do agregado familiar, durante o ciclo vital.

Correlacionando com a minha experiência de estágio, a EEESIP orientadora, promovia uma relação muito próxima com os utentes daquela unidade de saúde, conhecendo todas as crianças, mas também, os seus pais e família alargada, as condições socioeconómicas da família e rede familiar de suporte. Também, identificava as famílias que, por dificuldade de adaptação à parentalidade ou por risco potencial de negligência ou maus-tratos, necessitavam de atendimento diferenciado,

ou mais frequente. Ressalvo, que o meu estágio decorreu durante uma das piores fases da pandemia por Covid-19, período em que os serviços se reorganizavam para responder à elevada necessidade de recursos humanos. Consequentemente, a DGS emitiu orientações que limitavam as vagas para consulta na USF (de forma a mobilizar recursos humanos para a vacinação Covid-19), excetuando as consultas de CVSIJ coincidentes com as idades recomendadas no Programa Nacional de Vacinação (PNV) para inoculações. O PNV é “universal, gratuito e acessível a todas as pessoas (...)”. Tem por objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual (...)” (DGS, 2020, p. 17), sendo a vacinação considerada como atividade prioritária e de elevada importância para a promoção da saúde individual e das comunidades. Assim, preferencialmente, eram convocadas crianças com idade até aos 18 meses, com 5 e 10 anos. O Plano Nacional de Saúde infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013) considera fundamental a vigilância e avaliação do crescimento e desenvolvimento durante a infância e adolescência pelo que, na referida USF, a EEESIP, que desempenha igualmente funções de coordenação, organizou a equipa de enfermagem de forma a manter o maior número de consultas possível.

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil (CVSIJ), iniciava-se de forma individualizada. A EEESIP e eu, deslocávamo-nos à sala de espera onde a criança e familiar aguardavam (apenas 1 acompanhante), chamando-os pelo nome, cumprimentando a criança com “dá cá 5” (para as mais pequenas) ou um toque de cotovelo (idade escolar e adolescentes), e aos pais um meneio com a cabeça. Este acolhimento servia como “quebra-gelo”, favorecendo a diminuição da ansiedade vivida, pela deslocação à unidade, contribuindo para um ambiente afável (Diogo, 2015, 2019). Conforme orientações do PNSIJ (2013), a CVSIJ compreende, a avaliação do crescimento (dados antropométricos) e do desenvolvimento psicomotor, a promoção da vinculação e parentalidade, a transmissão de cuidados antecipatórios, a promoção de comportamentos de saúde, vigilância de comportamentos de risco, de alterações emocionais e de comportamento, e promoção de correta higiene oral, conforme a idade das crianças.

Relativamente, à avaliação do crescimento, realizei avaliações de peso e altura, perímetro cefálico (até aos 2 anos), índice de massa corporal, mas também, de tensão arterial para exclusão de patologia (crianças com 5 anos ou mais), registando essas avaliações no Livro de Saúde Infantil, integrando os dados nos gráficos curvas de

crescimento - este registo é habitualmente realizado pela equipa médica, no entanto na referida USF, a relação entre médico e EEESIP era muito próxima e de colaboração; muitas vezes a consulta era conjunta, no gabinete de enfermagem, o que reduzia as deslocações dos utentes pela USF, mas também parecia ter um efeito favorável na satisfação dos utentes com os cuidados prestados naquela unidade de saúde.

O desenvolvimento infantil implica mudanças sistemáticas progressivas, ao longo do tempo, que por influência de fatores genéticos, biológicos e ambientais, resultam em capacidades e habilidades mais complexas e organizadas (Bartsch & Bartsch, 2006; Sheridan, 2008; Sharma, 2011; Papalia & Duskin, 2013). Este processo de desenvolvimento é dinâmico e contínuo, permitindo que a criança evolua de uma condição de dependência dos cuidadores e de simples reação a sensações e estímulos, para uma condição em que dá sentido à informação, respondendo de forma planeada, organizada e independente (Sheridan et al., 2008), sendo “constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra (...)” (DGS, 2013, p. 57). Embora cada criança adquira capacidades e habilidades ao seu ritmo, a ordem de aquisição de competências é semelhante, pelo que, este conhecimento permite ao EEESIP avaliar e intervir junto de crianças e famílias com alterações do desenvolvimento (Sharma, 2011), encaminhando, se necessário, para outros profissionais de saúde. A CVSIJ, segundo a DGS (2013), é considerada uma oportunidade privilegiada na triagem, deteção, intervenção e encaminhamento de crianças com necessidades de saúde diferenciadas.

Para a avaliação do desenvolvimento psicomotor, como preconizado no PNSIJ (2013), é utilizada a Escala de Mary Sheridan modificada, que avalia a componente motora, cognitiva, emocional e social do desenvolvimento, sendo os resultados dessa avaliação registados no programa SClinic®. Informaticamente, a escala é apresentada por questões às quais o enfermeiro EEESIP responde “sim” a criança realiza ou “não”, a criança não realiza. Embora limitativo em termos de qualidade das habilidades que a criança já adquiriu, é possível por meio de notas livres salientar algum parâmetro que mereça posterior avaliação.

Pude participar e, posteriormente, realizar autonomamente (embora com supervisão) a consulta a diversas crianças e pais. Durante a consulta, o ambiente era calmo e descontraído, tanto pais como crianças interagiam connosco de forma afável,

o que facilitou a expressão de emoções e preocupações por parte dos clientes. Eram, também, oportunidades importantes para aferir a existência de *stressores* no contexto familiar ou da comunidade, que induzissem desequilíbrio no sistema-cliente, e assim, implementar ações visando a sua minimização ou eliminação, promovendo o reequilíbrio do sistema.

A vacinação da criança, quando indicado, acontecia no final da consulta de enfermagem. Por ser um procedimento doloroso, recorri a diversas estratégias não farmacológicas de gestão da dor, como a distração, a imaginação guiada, a brincadeira e o humor (conforme o estágio de desenvolvimento da criança), tal como preconizado pelos cuidados não traumáticos. Coincidentemente, as estratégias referidas permitiam à criança e familiar expressar e ventilar emoções, como a ansiedade associada à vacinação, permitindo-lhes vivenciar este momento de forma menos traumatizante. Antes do procedimento, explicava a importância da vacinação aos pais, eram esclarecidas dúvidas e informados de possíveis reações adversas, capacitando-os para a resolução de eventuais intercorrências. Às crianças que já apresentassem capacidade cognitiva para compreender a informação, também eram transmitidas explicações numa linguagem adaptada ao seu estágio de desenvolvimento.

A avaliação da vinculação e adaptação à parentalidade, e concomitantemente vigilância de situações de maus-tratos ou negligência, é uma preocupação em saúde pública pelas repercussões que pode implicar no desenvolvimento da criança, constituindo um foco de atenção de enfermagem. Durante a CVSIJ, também, são transmitidos cuidados antecipatórios como estratégia de prevenção da doença e promoção da saúde, nomeadamente “facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013, p. 3).

Tendo em conta os aspetos aqui explanados, elaborei um documento intitulado **“Guia para um desenvolvimento saudável”** (Apêndice V), no qual descrevo o desenvolvimento infantil por idades chave, mas também sugiro atividades promotoras desse desenvolvimento. Saliento, que as atividades sugeridas possibilitam o envolvimento dos membros da família, promovendo a parentalidade, fomentando os laços familiares entre os membros. Os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção da aprendizagem parental, mas, também, no suporte prestado aos mesmos

durante o desenvolvimento da criança, durante o ciclo vital da família (Lopes, Lopes, Catarino & Dixe, 2010; Klock et al., 2019).

O “Guia para um desenvolvimento saudável”, foi elaborado durante um dos períodos de confinamento devido à pandemia por Covid-19, visando constituir um recurso que os enfermeiros utilizem durante a CVSJ. Este documento possibilita, de forma rápida, clara e divertida, acesso dos pais a informação acerca do desenvolvimento global dos filhos, nomeadamente, à progressão esperada desse desenvolvimento e atividades promotoras do mesmo. Fomenta a capacitação dos pais e, eventualmente outros familiares, na promoção do desenvolvimento das suas crianças, mas também, os torna mais vigilantes relativamente a potenciais alterações a esse desenvolvimento.

Este documento foi elaborado na forma de livro seriado (Figura 1), numa linguagem acessível e objetiva, para que os pais, cuidadores ou familiares, facilmente compreendam a informação que se pretende transmitir, mas também as crianças que já adquiriram a competência de leitura. Pode ser utilizado para consulta no gabinete de enfermagem, na sala de espera, ou em alternativa, enviado por e-mail aos pais que o solicitem, pois foi disponibilizada uma versão em suporte informático.



Figura 1 – Livro seriado “Guia para um desenvolvimento saudável

Deste guia consta, para além do capítulo sobre desenvolvimento infantil, um segundo capítulo dedicado às repercussões do isolamento nas nossas crianças e sugere estratégias de gestão emocional, que amiúde, são estratégias

para gerir a ansiedade na criança, mas também no adulto, pois a criança tende a vivenciar emoções de forma mais intensa por “contágio” do adulto. São descritas manifestações de ansiedade nas crianças, para as quais os pais ou cuidadores devem estar despertos. No mesmo guia, constam orientações sobre gestão emocional na criança que os pais podem implementar de forma a minimizar o impacto emocional do isolamento nos seus filhos, mas que podem ser implementadas transversalmente em qualquer situação de vivência de ansiedade. São também sugeridas formas de

comunicar informações desagradáveis às crianças sem lhes provocar maior sofrimento. Contribuiu para a elaboração desta atividade a participação no workshop **“Ansiedade na Infância e Adolescência”** (Anexo III) e no workshop **“A importância do Brincar”** (Anexo IV).

Posto isto, considero ter demonstrado competências de: E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; 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.

#### **4.4 Unidade de neonatologia**

O nascimento de um filho é um dos mais importantes e alegres momentos na vida de um casal, para o qual se preparam durante o período de gravidez. Também, durante este período, os pais “sonham” com o seu bebé, imaginam as suas feições, o seu temperamento, preparam-se para as esperadas alterações de rotinas, como noites mal dormidas. Quando o bebé nasce prematuro ou doente, os pais vivem um período de choque, causador de sofrimento emocional que pode interferir com a vinculação ao bebé e com o processo de adaptação à parentalidade, que por sua vez acarreta prejuízos importantes no desenvolvimento do recém-nascido (Brazelton, 1988; Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, o enfermeiro tem a responsabilidade de “apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade” (Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas, 2014, p. 45), iniciando o processo de aceitação do bebé real. A partilha de informações adequadas ao estado emocional dos pais permite que estes desenvolvam um sentimento de confiança que lhes permita assumir os cuidados ao recém-nascido, mesmo que impliquem a execução de alguns procedimentos habitualmente atribuídos aos profissionais de saúde.

A vinculação é fundamental para o saudável desenvolvimento do recém-nascido. Envolve um processo de mudança recíproco, pelo que a observação da interação entre os pais e o bebé é fundamental para aferir necessidade de intervenção por parte do EESIP (Hockenberry & Wilson, 2014).

Numa unidade de neonatologia, existem muitos constrangimentos ao “normal” processo de vinculação, como a barreira física da incubadora, os aparelhos tecnológicos necessários, os dispositivos médicos, os ruídos, a luminosidade, a falta de privacidade (as salas são em *open space*), e até a própria equipa de saúde (muitos profissionais no mesmo espaço físico). Por outro lado, os pais vivenciam emoções intensas, relacionadas com sentimentos de culpa, ansiedade e medo do futuro, potencialmente obstrutores à vinculação ao recém-nascido (RN). Os pais tendem a culpabilizar-se pelo problema de saúde dos seus filhos, como se o filho refletisse algum tipo de defeito dos pais. O EEESIP, desconstrói estes pensamentos, validando as habilidades que o RN adquiriu ou tem possibilidade de adquirir, informando os pais das potencialidades de desenvolvimento do mesmo e como podem influenciar favoravelmente esse percurso (Brazelton & Cramer, 2004), favorecendo a adaptação à doença, reforçando o papel parental (OE, 2015C), por meio de cuidados antecipatórios.

Existem diversas intervenções que o EEESIP pode implementar na promoção da vinculação, nomeadamente o toque suave, o falar para o bebé, dar colo, o aleitamento materno, a participação dos pais nos cuidados (muda da fralda, massagem suave, higiene, entre outros) e o contacto pele-a-pele (método canguru).

As competências parentais não são inatas no ser humano, antes pelo contrário são aprendidas e treinadas, pelo que o EEESIP tem um papel fundamental na promoção da aprendizagem parental e no suporte prestado aos mesmos durante o desenvolvimento da criança, durante o ciclo vital da família (Lopes, Lopes, Catarino & Dixe, 2010; Klock et al., 2019).

Vinculação e parentalidade são, portanto, focos de enfermagem de elevada relevância para os cuidados, facto que motivou a elaboração de um jornal de aprendizagem com o título “**Ser mãe ou pai numa unidade de neonatologia**” (Apêndice VI), onde descrevo momentos de cuidados vivenciados com pais e recém-nascidos, em que foi necessária intervenção do EEESIP.

Durante o meu estágio, por meio de partilha de experiências com a EEESIP mas também com a restante equipa de enfermagem, aferi que o tema do trabalho emocional era pouco conhecido junto dos elementos da equipa. As emoções fazem parte do nosso íntimo, são a nossa essência, daí que todo o acto de cuidar esteja embuído em emoções, que podem ser agradáveis ou desagradáveis, mas estão sempre presentes na relação interpessoal e intersubjetiva que se estabelece (Diogo,

2012; Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014), pelo que o cuidado é também um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Assim, foi-me proposta a elaboração de uma sessão de formação com o tema **“Trabalho emocional na neonatologia: sessão de formação em serviço”** (Apêndice VI), onde abordei primeiramente, a vivência emocional dos pais de RN prematuros (mas generalizando ao RN gravemente doente), aproveitando a minha experiência pessoal como mãe de RN prematuro internado numa unidade de neonatologia. Esta experiência pessoal, facilitou a criação de laços com os pais, já que existia uma grande empatia com eles, favorecendo também a compreensão de reações agressivas. A experiência emocional ao longo dos dias na UN vai-se transformando. Inicialmente, vive-se um choque muito grande, posteriormente, assolam-nos períodos de ansiedade muito intensa pela incerteza do futuro e das consequências para o nosso RN, e finalmente somos invadidos por um sentimento de resiliência, que nos faz acreditar que seremos capazes de superar quaisquer obstáculos que surjam no futuro do nosso RN. Nem sempre os pais têm capacidade de fazer este percurso sozinhos, daí a importância de EEESIP com competência emocional para os apoiar neste difícil período de vida. Para tal, os enfermeiros têm de reconhecer as manifestações de ansiedade de forma a intervir precocemente. Todos estes aspetos foram salientados durante a sessão de formação, assim como, a apresentação do Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019), que dá suporte ao meu percurso formativo, e do qual emanam orientações de intervenção para a gestão de emoções dos clientes e dos próprios enfermeiros. Contribuiu, também, para a realização desta sessão de formação, os conhecimentos adquiridos no Workshop subordinado ao tema **“Gestão das emoções no adulto”** (Anexo V), que foram depois aplicados na interação com os pais na UN.

Como descrito, habitualmente na UN, os pais vivenciam sentimentos e emoções intensos, usualmente de conotação negativa que podem interferir com o processo de vinculação e adaptação à parentalidade, acrescentando sofrimento aos pais. O EEESIP, para além de reconhecer as manifestações de ansiedade e sofrimento emocional nos clientes, implementa ações com a intencionalidade da sua resolução. Este trabalho emocional implica empenho pessoal por parte dos enfermeiros, mas também disponibilidade de tempo. Assim, propus-me refletir se os registos informáticos de enfermagem refletiam todo este trabalho. Esta reflexão, resultou na realização do documento com o título **“Ansiedade dos pais na unidade de**



**neonatologia: reflexão sobre os registos de enfermagem”** (Apêndice VI). Os registos de enfermagem permitem documentar e dar visibilidade aos cuidados prestados, servindo também como referência para a gestão de recursos. A gestão de emoções é uma componente pouco visível e pouco valorizada nos cuidados de enfermagem em termos de registo, mas que implica dedicação e tempo para ser desenvolvida. A falta de recursos humanos por vezes vem dificultar este tipo de registo, já que os enfermeiros têm necessidade de priorizar cuidados, sendo que o registo é preterido em relação à prestação de cuidados diretos aos clientes, onde se incluiu o trabalho emocional relatado ao longo do meu percurso. Com a realização das referidas atividades julgo ter alcançado as competências: A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos; B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo; E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; .

#### **4.5 Centro de desenvolvimento da criança**

O Centro de desenvolvimento da criança (CDC) presta cuidados a famílias com doença crónica complexa, consistindo num centro multiprofissional para avaliação, diagnóstico e tratamento de crianças com patologias neurológicas e do desenvolvimento, fundamentando-se na filosofia dos cuidados centrados na família, na parceria de cuidados e na prestação de cuidados não traumáticos. Denote-se que utilizei propositadamente a designação “família com doença crónica” já que, o diagnóstico de doença na criança afeta todos os membros do agregado familiar. Assim, o plano de cuidados é negociado entre a família, criança e EEESIP, visando potencializar a normalização do desenvolvimento da criança, maximizando a sua saúde.

A transmissão de informações antecipatórias aos pais permite não só capacitar os pais para os cuidados futuros à sua criança, mas também permite gerir emoções,

mantendo uma esperança realista sobre o futuro da família. A adaptação à parentalidade é um dos períodos mais marcantes na vida de qualquer indivíduo, sendo necessário uma reestruturação de conceitos e comportamentos, que conduz a um novo papel - ser pai ou mãe. A doença crónica é um *stressor* que vem acrescentar complexidade a este período, pelo que o enfermeiro EESIP desempenha um papel fundamental na orientação e suporte a estas famílias.

O estágio no CDC teve a duração de duas semanas. Foi-me possibilitada a oportunidade de participar na prestação de cuidados e, em situações, muito específicas pude realizar alguns procedimentos acompanhada pela EEESIP ou pelas enfermeiras peritas. Foi-me, também, possível observar a administração de toxina botulínica a duas crianças com paralisia cerebral. Durante este procedimento tive oportunidade de conversar com a mãe das crianças, que me relata que o filho “mais velho” (porque foi o gêmeo que nasceu primeiro) naquele dia estava mais ansioso, mais agitado. Esta descrição salienta o facto de que, os profissionais de saúde devem valorizar todas as informações transmitidas pelos pais, reconhecendo-os como peritos nos cuidados aos seus filhos. Na situação referida, embora o procedimento fosse realizado após aplicação de anestésico tópico (EMLA) nos diversos locais de punção, ao tomarmos conhecimento de que o menino estava mais inquieto e ansioso que o habitual, foi realizado o procedimento sob “anestesia consciente” (protóxido de azoto), tornando esta experiência menos angustiante para a criança e mãe.

Apoiar os pais na gestão das emoções dos filhos e nas suas próprias, é competência do EEESIP. A gestão emocional nos cuidados às famílias com DCC mereceu da minha parte uma importante reflexão, tendo elaborado o documento **“Doença crónica complexa: gestão de emoções da criança, jovem e família”** (Apêndice VII), onde descrevo momentos de cuidados representativos do trabalho emocional desempenhado durante a prestação de cuidados a estas famílias, e que julgo ter conduzido ao desenvolvimento das competências: E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. Para a elaboração deste documento contribuiu a participação no 1.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente com o tema **“Acesso à Saúde de Qualidade e promoção do Bem-estar”** (Anexo VI).

## **CAPÍTULO V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS**

O percurso formativo descrito ao longo deste Relatório, espelha o meu crescimento pessoal e profissional, tornando mais consciente o verdadeiro significado de cuidado holístico. Acredito que atualmente compreendo de forma mais profunda, a importância que as emoções têm na prestação de cuidados, tanto para os clientes como para os enfermeiros. Os momentos de reflexão com as orientadoras, com os restantes elementos da equipa de enfermagem e com os próprios clientes, fizeram-me questionar a forma como prestava cuidados, por vezes mais voltada para a doença e para a técnica, do que para a saúde e pessoa cuidada.

Neste sentido, a experiência de estágio nos diferentes contextos veio consolidar os conhecimentos apreendidos durante a componente teórica do curso e da pesquisa bibliográfica realizada, uma vez que só através da aplicação do conhecimento na prática, em determinado contexto, é que emerge a competência. Isto não é mais do que saber aceder a recursos cognitivos e experienciais disponíveis para selecionar a melhor estratégia de intervenção, perante uma situação concreta.

A realização deste Relatório, pretende traduzir o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, expandidas por meio da reflexão crítica permanente, que pretendo dar continuidade no meu contexto de trabalho atual, nomeadamente pela divulgação de conhecimento sobre emoções, gestão emocional e trabalho emocional, áreas ainda pouco conhecidas pelos meus colegas de equipa.

No entanto, pretendo num futuro próximo, ingressar na área dos cuidados paliativos pediátricos, onde certamente a gestão emocional tem um grande benefício para clientes e enfermeiros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, 6, 53-59
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3).
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Aminabadi, NA, Farahani, RMZ, & Balayi Gajan, E. (2008). A eficácia da distração e contraestimulação na redução da reação dolorosa à injeção intraoral em pacientes pediátricos. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 9(6), 33-40.
- Amthauer, C., & Souza, T.P. (2014). “Brinquedoteca hospitalar: a vivência de acadêmicos de enfermagem na prática assistencial da criança hospitalizada”. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 12 (1), 572–578.
- Barroso, M. C. C. S. et al (2020). Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. *Acta Paulista de Enfermagem* 33, 1-8.
- Bartsch, K., & Bartsch, K. (2006). Development. In Salkind. N. J. (Ed.), *Encyclopedia of Human Development* (pp. 359-360). United States of America: Sage Publications.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bento, M. C. (2014). Posfácio in Salgueiro, N. (2014). *HUMANITUDE*, um imperativo do nosso tempo. Coimbra: PMP, Lda
- Braz, M. R. O. B. (2013). *Expressão facial da emoção: instrumento para a avaliação de qualidade de vida* (Bachelor's thesis, [sn]). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Brazelton, TB (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Artes médicas.

- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, TB (2013). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101.
- Castillo, A. R. GL, Recondo, R., Asbahr, F. R. & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22(II), 20-23.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci.*, 1, 13-23.
- Costa-Vieira, H. A., Souza, W. C. (2014). O reconhecimento de expressões faciais e prosódia emocional: Investigação preliminar em uma amostra brasileira jovem. *Estudos de Psicologia*, 19(2), 119-127.
- Costa, D., Cunha, M., Ferreira, C., Gama, A., Machado-Rodrigues, A. M., Rosado-Marques, V., Nogueira, H. Silva, M. R. G. & Padez, C. (2020). Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress in Portuguese primary school-aged children. *BMC psychiatry*. 20 (1), 1-12.
- Costa, F. A., Torres, R. S., & Sousa, C. P. (2022). Triage de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV21028>
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014). Princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família, de 5 de agosto. *Diário da República*, I Série (Nº 149 de 5-08-2014), 4069-4071.

- Dias, F. de F. V. (2015). A ansiedade Infantil: vulnerabilidades da criança e influências dos pais. Tese de doutoramento Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA).
- Diniz, J. S., Batista, K. M., Luciano, L. S., Fioresi, M., Amorim, M. H., Bringuente, M. E. (2019). Intervenção de enfermagem baseada na teoria de Neuman mediada por jogo educativo. *Acta Paul Enferm.* 32(6), 600-607.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: DGS.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 43-51.
- Diogo, P.; Baltar, P.; Santiago, D. & Prudêncio, A. (2017) in Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão Scoping. *Revista Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40.
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista)*.
- Duffy in Butts, J. B., Rich, K. L. (2011). *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Canada: Jones & Bartlett Learning, LLC.

- Eichner, J. M., Johnson, B. H., Betts, J. M., Chitkara, M. B., Jewell, J. A., Lye, P. S., Shelton, T. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Ekman, P. (1996). A lingua franca of facial expressions. *Demos Quarterly*, 10, 37-38.
- Ekman, P. (2003). Emotions Revealed. Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life. 1ªed., Time Books: Canada.
- Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion review*, 3(4), 364-370.
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J., & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 489-501.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J. M. D. S. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60.
- Freitas-Magalhães, A., & Ekman, P. (2008). Expressão facial: o reconhecimento das emoções Básicas em dependentes de Heroína. estudo empírico com portugueses. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 5, p. 296-301.
- Freitas-Magalhães, A. (2013). A Psicologia das Emoções. O fascínio do rosto humano., FEELab Science Books: Porto.
- Gabriel, A. S., & Diefendorff, J. M. (2015). Emotional labor Dynamics: A momentary approach. *Academy of Management Journal*, 58(6), 1804-1825.
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Goleman, D. (2011). *Inteligência emocional. A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gonzaga, M. L. C. & Arruda, E.N. (1998). Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Rev.latino-am.enfermagem*, 6 (5), 17-26.

Grupo Português de Triage. (2010). Triage no serviço de urgência: Manual do formador (2.<sup>a</sup> ed).

Hanoodee, S. & Dhamoon, A. (2021). Nursing Neuman Systems Model. [Updated 2021 Jul 22]. In: StatPearls Publishing; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>, acedido a 23/09/2021.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Camarate: Lusociência.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9<sup>a</sup> ed) Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9<sup>a</sup> ed) Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9<sup>a</sup> ed) Loures: Lusociência.

Immordino-Yang, M. H. & Damasio, A. (2007). We Feel, Therefore We Learn: The Relevance of Affective and Social Neuroscience to Education. *Mind, Brain and Education*, 1(1), 3-10.

Institute for Patient- and Family- Centered Care (2006). *Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System: A Roadmap for the future*. Cambridge: Institute for Health improvement

Institute for Patient- and Family- Centered Care, acedido em <https://www.ipfcc.org/>, a 27/02/2020.

Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança Hospitalizada. 4<sup>a</sup> Ed. Maio de 2008. Disponível em [https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf).

Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários. 1<sup>a</sup> Ed. Abril de 2021. Disponível em <https://iacrianca.pt/en/2021/05/carta-da->



- K  rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). La pensée infirmi  re. Conceptions e stratégies. Québec: Éditions   tudes Vivantes.
- Klock, P., Buscher, A., Erdmann, A. L., Costa, R. & Santos, S. V. (2019), Melhores práticas na gerência do cuidado de enfermagem neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-14.
- Lenardt, M. H., & Timm, M. (1997). Conhecimento em enfermagem: uma reflexão, por encanto, por enquanto. *Cogitare Enfermagem*, 2 (2), 39-42.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações*. Lisboa: Gráfica 2000.
- Lopes, M. S. O. C., Lopes, F. O. C. F., Catarino, H., & Dix  , M. A. (2010). *Parentalidade nos primeiros três anos da criança: Stress e coping auto relatados pelos pais*.
- Maleita, C. I. N. (2014). *Mãe, tenho medo*. (Doctoral dissertation, [sn]).
- Mariano, C. (2007). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America* 42 (2), 65-88.
- Melo, D. D. S., & Frizzo, G. B. (2017). Depressão, ansiedade e suporte familiar para mães na primeira hospitalização dos filhos. *Psicologia, saúde & doenças*. Lisboa: *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 18(3), 814-827.
- Miranda, A. V. de S., Arruda, M. P. de, & Melo, S. M. M. de. (2020). Paradigma do cuidado complexo em saúde: produção de conhecimento no campo da enfermagem. *EDUCAÇÃO*, 8 (3), 27–40.
- Montiel, J. M., Bartholomeu, D., Machado, A. A., & Pessotto, F. (2014). Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 34 (86), 171-185.
- National Center for Cultural Competence, acedido a 18/12/2020, disponível em <https://nccc.georgetown.edu/documents/RolloutLetter.pdf>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). O modelo de sistemas de Neuman.

- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011) – *The Neuman Systems Model*. 5ª ed. Boston: Pearson Education, Inc.
- Nuvvula, S., Alahari, S., Kamatham, R., & Challa, R. R. (2015). Effect of audiovisual distraction with 3D video glasses on dental anxiety of children experiencing administration of local analgesia: a randomised clinical trial. *European archives of paediatric dentistry*, 16 (1), 43-50.
- Ontoria, A. (2006). Mapas conceptuales: una tecnica para aprender. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República*, I Série (Nº 205 de 04-09-1996), 2959-2962.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código deontológico do enfermeiro. *Estatuto da OE*.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* – volume 1, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Acedido a 18/12/2021, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Sem cidade: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 351/2015: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros *Diário da República*, II Série (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Ordem dos enfermeiros. (2015b). CIPE Versão 2-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Loures: Lusodidacta.

- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Adaptação À Parentalidade Durante A Hospitalização – Guia Orientador De Boa Prática. *Cadernos da OE, Série 1*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II série, (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento no 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Papalia, D. E., & Duskin, R. (2013). Desenvolvimento *Humano* (12ª edição). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico : uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (13), 125–138.
- Perosa, G. B., Silveira, F. C. P. & Canavez, I. C. (2008). Ansiedade e depressão de Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. *Psicologia: Teoria e Prática*, 24 (1), 29-36.
- Phaneuf, M. (2005). *The Mirror Effect: Mediator of Knowledge and Self-Image*. Conference given at the Philosophy and Education Convention in Évora, Portugal.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista brasileira de enfermagem*, 61 (3), 312-318.
- Queirós, P. J. P. (2017). Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão. *Revista Sinais Vitais*. 18 (2ª série).
- Rolfe G. (2014). Rethinking reflective education: What would Dewey have done?. *Nurse education today*, 34 (8), 1179–1183.

- Rolim, A. A. M., Guerra, S. S. F., & Tassigny, M. M. (2008). Uma leitura de Vygotsky sobre o brincar na aprendizagem e no desenvolvimento infantil. *Revista Humanidades*, 23 (2), 176-180.
- Royal College of Nursing (2014). Mental health in children and young people: An RCN toolkit for nurses who are not mental health specialists. Royal College of Nursing: London.
- Sampaio, P. S. S. & Angelo, M. (2015). Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 15 (2), 85-92.
- Sanders, J. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. in M.J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 2, Chap. 26, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 06-08.
- Sezici, E., Ocakci, A. F. & Kadioglu, H. (2017). Use of Play Therapy in Nursing Process: A Prospective Randomized Controlled Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 49 (2), 162–169.
- Sharma, A. (2011). Developmental examination: Birth to 5 years. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, 96 (5), 162–175.
- Sheridan, M., Sharma, A., & Cockerill, H. (2008). From birth to five years: children's development progress. In *Choice Reviews Online* (Vol. 46).
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Silva, M. C. & Sarmento, T. (2017). Brincar e aprender na infância: o brincar na infância é um assunto sério... Lisboa: Porto Editora.
- Smith, P. (2012). Emotional labour of nursing revisited. Can nurses still care? (2.<sup>a</sup> ed.). Palgrave Macmillan.
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized

Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64.

- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25 (2), 24–28. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>.
- Tonin, L., Lacerda, M. R., Favero, L., Nascimento, J. D., Denipote, A. G. M. & Gomes, I. M. (2020). A evolução da teoria do cuidado humano para a ciência do cuidado unitário. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento* 9 (9), 1-15.
- Ume-Nwagbo, P. N., DeWan, S. A., Lowry L. W. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nurs Sci Q.*, 19 (1), 31-35.
- Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das crianças dos 6 a 12 anos em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional in P. Diogo (2017). *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Watson, J. (1979). *The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown //
- Watson, J. (2013). *Nursing: The philosophy and science of caring (Revised Edition)*. *Caring in nursing classics: An essential resource*, 243-264.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência
- Wauthia, E., Lefebvre, L., Huet, K., Blekic, W., El Bouragui, K. & Rossignol, M. (2019). Examining the Hierarchical Influences of the Big-Five Dimensions and Anxiety Sensitivity on Anxiety Symptoms in Children. *Frontiers in Psychology*, 10 (1185), 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01185.
- World Health Organization. (2013). *Postnatal care of the mother and newborn. Highlights from the World Health Organization*, acedido em 27/01/2021. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1)
- <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-pais-e-os-bebes-prematuros1.pdf>, acedido a 24/03/2021

<https://www.startfs.com.br/wp-content/uploads/2019/08/Desvendando-os-Segredos-da-Linguagem-Corporal-Allan-e-Barbara-Pease.pdf>, acedido a 09/05/2020

<https://www.grupoportuguestriagem.pt/documentos-comunicacoes/artigos-cientificos-gpt/> acedido a

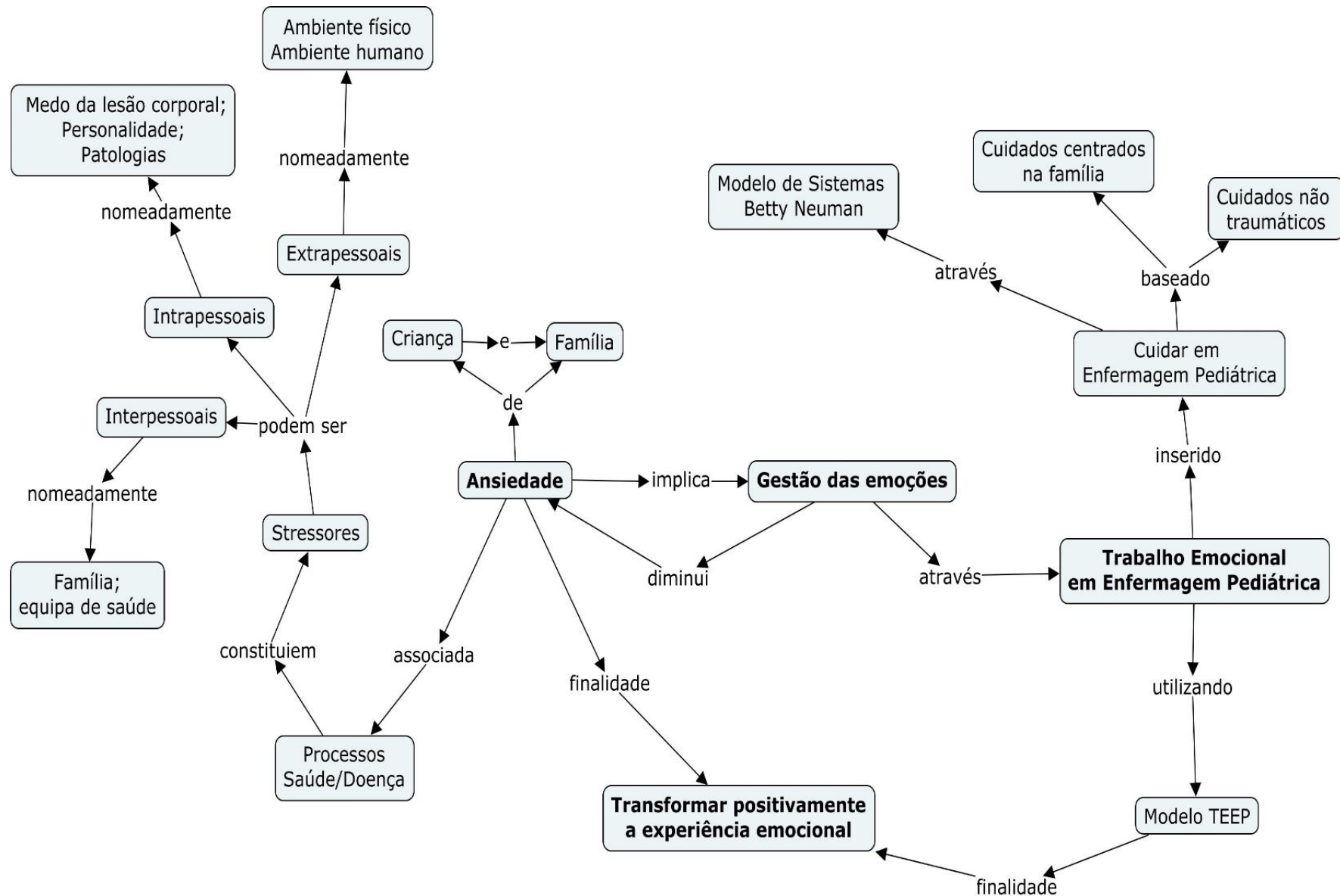
<https://www.unicef.org/>, acedido a 18/12/2019

## APÊNDICES

## Apêndice I – Mapa conceitual



## Apêndice I – Mapa conceitual



## Apêndice II – Guia orientador das atividades de estágio





**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria**

**Unidade Curricular Estágio com Relatório**

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:  
Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade da  
criança e família nos processos saúde-doença**

**Guia orientador das atividades de estágio**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos  
N.º 9555**



**Orientação: Professora Doutora Paula Diogo**



**Lisboa  
2020 / 2021**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCF – Cuidados centrados na família

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria

IPFCC - Institute for Patient- and Family- Centered Care

NCCC - *National Center for Cultural Competence*

OE – Ordem dos enfermeiros

RN – Recém-nascido

SO – Serviço de observação

SUP – Serviço de Urgência pediátrica

TEEP – Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

UCEP – Unidade cuidados especiais pediátricos

## ÍNDICE

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                 | <b>3</b>  |
| <b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>                                | <b>5</b>  |
| <b>2. PERCURSO DE ESTÁGIO .....</b>                                     | <b>8</b>  |
| <b>2.1 Serviço de urgência pediátrica .....</b>                         | <b>8</b>  |
| 2.1.1 Apresentação do local de estágio .....                            | 8         |
| 2.1.2 Objetivos e atividades a desenvolver .....                        | 10        |
| 2.1.3 Competências a adquirir .....                                     | 12        |
| <b>2.2 Serviço de internamento de pediatria .....</b>                   | <b>12</b> |
| 2.2.1 Apresentação do local de estágio .....                            | 12        |
| 2.2.2 Objetivos e atividades a desenvolver .....                        | 15        |
| 2.2.3 Competências a adquirir .....                                     | 17        |
| <b>2.3 Cuidados de saúde primários - Unidade de saúde familiar.....</b> | <b>18</b> |
| 2.3.1 Apresentação do local de estágio .....                            | 18        |
| 2.3.2 Objetivos e atividades a desenvolver .....                        | 19        |
| 2.3.3 Competências a adquirir .....                                     | 21        |
| <b>2.4 Unidade de neonatologia .....</b>                                | <b>22</b> |
| 2.4.1 Apresentação do local de estágio .....                            | 22        |
| 2.4.2 Objetivos e atividades a desenvolver .....                        | 24        |
| 2.4.3 Competências a adquirir .....                                     | 26        |
| <b>2.5 Centro de desenvolvimento da criança .....</b>                   | <b>27</b> |
| 2.5.1 Apresentação do local de estágio .....                            | 27        |
| 2.5.2 Objetivos e atividades a desenvolver .....                        | 29        |
| 2.5.3 Competências a adquirir .....                                     | 31        |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                 | <b>32</b> |

## INTRODUÇÃO

A realização do presente Guia Orientador de Atividades de Estágio, surge no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, do 11.º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. A sua elaboração teve por base o projeto de estágio realizado anteriormente, no qual se evidenciou uma problemática identificada em contexto de prática clínica, que diz respeito à gestão da ansiedade da criança, do jovem e da família nos processos de saúde-doença, nos vários contextos de cuidados de enfermagem pediátricos. A elaboração do projeto de estágio permitiu a articulação dos referenciais teóricos que lhe dão suporte, nomeadamente, do cuidar em enfermagem pediátrica, que incorpora a filosofia dos cuidados centrados na família (CCF), a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos, assim como, do modelo de sistemas de Betty Neuman e do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP), da autoria de Paula Diogo, com os diferentes contextos de estágio, com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). O desenvolvimento de competências especializadas basear-se-á na prática reflexiva e na prática baseada na evidência científica (OE, 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), no documento Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, atualmente designada por enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2018), o enfermeiro especialista “presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (p. 10), com o objetivo de “promover o mais elevado estado de saúde possível” (p.10), sempre em parceria com a criança, jovem e sua família ou pessoa significativa, em qualquer contexto em que se encontrem.

Ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, do jovem e sua família, é expectável que ocorram situações em que é necessário recorrer aos serviços de saúde, seja por doença ou não. Situações, estas, que acarretam emocionalidade intensa para a criança ou jovem e sua família, mas também para os enfermeiros que prestam cuidados, justificando a importância do trabalho emocional. Diogo (2017), refere que quando cuidamos de pessoas, nomeadamente de pessoas doentes, este cuidado “(...) envolve inevitavelmente uma significativa quantidade de trabalho emocional (...) Por um lado, envolve a emocionalidade das experiências que encerra

ou acrescenta sofrimento à vivência dos clientes, por outro lado envolve a experiência emocional intensa de cuidar vivida pelos enfermeiros” (p. XIX).

As intervenções de enfermagem que facilitam a gestão da ansiedade da criança, do jovem e sua família nos diferentes contextos de cuidados de saúde, consistem no objeto de estudo sobre o qual desenvolvo o meu trabalho. Para tal, delineei como objetivos gerais **desenvolver competências de EEESIP nos diferentes contextos de cuidados de saúde a crianças, jovens e suas famílias e desenvolver competências de maior complexidade que facilitem a gestão da ansiedade da criança, jovens e família nos seus processos de saúde-doença.**



## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A essência do cuidar em enfermagem emerge na relação que se estabelece entre a pessoa que é cuidada e a pessoa que cuida, demonstrando pelo outro uma atenção especial com o intuito de contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde (Hesbeen, 2000), tratando-se de um “processo de cuidar de humano-para-humano” (Watson, 2002, p. 69). A disciplina de Enfermagem na atualidade é influenciada pelo Paradigma da Transformação cujos construtos fundamentais consistem na pessoa/cliente, saúde, ambiente e enfermagem. Nesta perspetiva considera-se cada ser humano como ser único, completo, que influencia e é influenciado pelo ambiente em que está inserido (Lopes, 2001), e que tem direito de decisão sobre a sua saúde (Lopes, 1999). É este adequar de cuidados à pessoa única, com todas as suas dimensões corpo-mente-emoção-espírito-ambiente que evidencia o cuidado holístico (Mariano, 2007), estando a prestação de cuidados centrada na pessoa, envolvendo “dimensões como empatia, respeito, disponibilidade, confiança, carinho, conhecimento, conforto e familiaridade (OE, 2010, p.78).

Quando nos referimos aos cuidados de enfermagem pediátrica referimo-nos, necessariamente, aos cuidados prestados à criança, jovem e sua família. A criança é um ser vulnerável, sendo a família a sua principal fonte de força, constituindo-se, também, como cuidadores privilegiados (OE, 2010), pelo que o foco de cuidados recai sobre a díade criança ou jovem e família. A prestação de cuidados de enfermagem na área da Saúde Infantil e Pediátrica visa a “promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p. 10). Para tal, o enfermeiro incorpora nos seus cuidados a orientação de cuidados centrados na família (CCF), da parceria de cuidados e dos cuidados não traumáticos.

Os CCF são uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde que engloba a criança, jovem e sua família na prática clínica, mas, também, no desenvolvimento de políticas institucionais e organizacionais (*National Center for Cultural Competence* (NCCC), 2007; Smith, 2018). A parceria que se estabelece entre os clientes e o profissional de saúde é mutuamente benéfica. Nesta relação a díade, participa nas decisões relativas à sua saúde, tornando-se aliados essenciais à qualidade e segurança dos cuidados (Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC), 2011, 2020), promovendo a saúde e o bem-estar da criança,

jovem e sua família, assim com a sua satisfação com os cuidados de saúde. Segundo a OE (2011), a parceria de cuidados entre os profissionais e a criança e família, “(...) é sustentada, fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados” (p. 5). Segundo Hockenberry e Barrera (2014), o CCF baseia-se na capacitação e no empoderamento das famílias, através “da criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e família” (p. 11).

Segundo o IPFCC (2011), existem quatro conceitos centrais nos CCF que são a dignidade e respeito, a partilha de informações, a participação e a colaboração. Para Smith (2018), em meio hospitalar devem ainda considerar-se como atributos básicos para o CCF, a família, a colaboração (entre os vários intervenientes), a diversidade cultural, a negociação e a comunicação. Smith (2018), refere, nomeadamente, que a família deve estar presente nos cuidados e ter o desejo de se envolver nestes; o enfermeiro deve demonstrar competência e disponibilidade para negociar os cuidados, valorizando a comunicação de forma a fortalecer a parceria estabelecida entre os clientes e os enfermeiros; o ambiente deve promover a presença e participação da família nos cuidados, sempre que estes se sintam capacitados para o fazer. A parceria de cuidados que se estabelece entre a díade e os enfermeiros baseia-se numa relação de confiança mútua, com o intuito de promover o bem-estar da criança e família, melhorando a experiência de todos os envolvidos (Sousa, Antunes, Carvalho, & Casey, 2013).

A deslocação da criança e família a um serviço de saúde é uma situação potencialmente geradora de stress, por exemplo, pelo medo da dor, da separação dos pais ou até do espaço físico desconhecido (Hockenberry & Wilson, 2014). A prestação de cuidados tendo em consideração as emoções da criança e família, é fundamental para o trabalho dos profissionais de saúde e, concretamente, dos enfermeiros, sendo considerada como genuinamente terapêutica para os clientes (Diogo, 2015, 2019). Todo este processo de cuidar está, assim, impregnado de emoções sendo por esta razão necessário o desempenho do trabalho emocional. Neste sentido, o Modelo TEEP, de Paula Diogo, permite orientar a intervenção do enfermeiro “na gestão da emocionalidade associada a situações de cuidados, que acrescentam sofrimento à criança, ao jovem e à sua família, e que também têm o potencial de serem

emocionalmente desgastantes para os enfermeiros” (Diogo, 2019, p. 2). O Modelo TEEP (2015, 2019), está organizado em cinco categorias de intervenção que se interligam e sobrepõem. Estas categorias são, nomeadamente, promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, facilitar a gestão das emoções na pessoa, construir a estabilidade na relação e regular a sua disposição emocional para cuidar (Diogo, 2015, 2019), do qual emanam ações que podem ser implementadas na gestão da ansiedade da criança e da família em qualquer contexto de cuidados de saúde.

A emoção ansiedade é, desde há uns anos, reconhecida como um diagnóstico de enfermagem. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foi definida como “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (2015, p. 40), isto é, resposta emocional à antecipação de uma ameaça futura, que causa desconforto e cria expectativas negativas à pessoa (American Psychiatric Association (APA), 2013; Dias, 2015), podendo a ameaça, estar ou não, presente ou prolongar-se no tempo (APA), 2013; Dias, 2015). Uma criança que no domicílio começa a chorar porque tem consulta no centro de saúde, vivencia a antecipação de um eventual procedimento doloroso, como a vacinação, sendo um acontecimento exemplificativo de uma experiência ansiogénica. A ansiedade é despoletada pela exposição a *stressores*, e tende a prolongar-se no tempo. A emoção ansiedade difere da emoção medo no sentido em que o medo é, a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, associado a uma resposta “automática” de pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga (APA), 2013, p. 189).

Face à hospitalização os principais *stressores* são a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor, podendo estes manifestar-se antes da admissão, durante ou após a alta, potencializados pelo conceito de doença que a criança possui (Sanders, 2014).

## 2. PERCURSO DE ESTÁGIO

Tendo como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeira EESIP, delineei como objetivos gerais para este percurso, **desenvolver competências de EESIP nos diferentes contextos de cuidados de saúde a crianças, jovens e suas famílias e desenvolver competências de maior complexidade que facilitem a gestão da ansiedade da criança, jovens e família, nos seus processos de saúde-doença.**

Com base, nos objetivos gerais anteriormente citados, delineei objetivos específicos e atividades, que apresento sob a forma de tabelas, para cada contexto de estágio.

### 2.1 Serviço de urgência pediátrica

#### 2.1.1 Apresentação do local de estágio

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do hospital onde decorreu o meu estágio, está integrado num Centro Hospitalar da zona de Lisboa, cuja área de influência direta corresponde às freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável, do concelho de Lisboa (SNS, 2020) e, recebe crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias de idade, que ali recorrem por meios próprios, trazidos pelo INEM ou por referência pelos Cuidados de Saúde Primários ou linha SNS24. Este serviço de urgência tem a particularidade de receber crianças e jovens que necessitem de realizar exames imagiológicos, como TAC, em regime de ambulatório, sendo ali admitidos e preparados para o procedimento (por exemplo, punção venosa). Serve também como centro de referência da epilepsia refratária, como “serviço de recobro cirúrgico” para algumas cirurgias das especialidades de otorrinolaringologia, cirurgia plástica e ortopedia, sendo os clientes posteriormente transferidos para o Serviço de Pediatria, para outro hospital ou para domicílio.

O estágio decorreu durante a pandemia por Covid-19, pelo que foi necessário proceder a uma reorganização do serviço, nomeadamente, a adaptação do espaço físico e dos recursos humanos à situação pandémica.

O serviço está organizado em dois setores principais, o setor da urgência pediátrica propriamente dita e o sector de internamento com o Serviço de Observação (SO) e Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP). A zona de urgência pediátrica consiste em duas áreas, a área de doentes respiratórios (ADR) e a área de doentes não respiratórios, separados fisicamente e com entradas também diferentes. Devido à situação pandémica, as salas de espera não têm brinquedos nem outros objetos passíveis de servir como veículos de transmissão da doença, que as crianças e jovens possam trocar entre si, como lápis de cor, bonecos ou livros. As áreas de atendimento de doentes respiratórios e não respiratórios, são fisicamente semelhantes, possuindo cada uma delas uma sala de triagem, uma sala de procedimentos (colheita de análises, pensos, gessos, entre outros), quatro gabinetes médicos – 2 para cada área, e um quinto gabinete médico com ligação a ambas as seções, que serve como gabinete de apoio nos períodos de maior afluência de clientes. A sala de reanimação também é comum. Na ADR existe uma sala para administração de oxigenoterapia. Para cada área é distribuído um enfermeiro que fica responsável pela triagem, pela realização de procedimentos e pelo encaminhamento para exames complementares de diagnóstico. O método de trabalho subjacente à prestação de cuidados é o método individual de trabalho que se caracteriza “pela distribuição de um número de clientes a um enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados durante o seu turno (Verde (2013) citando Parreira (2005), p. 103). O método individual de trabalho é também utilizado para a prestação de cuidados no SO e na UCEP.

Devido à pandemia todas as crianças, jovens e famílias que necessitam de ficar em SO, na UCEP ou que seja previsível o internamento, são testadas para pesquisa de Covid-19 ficando a aguardar resultado do teste em quartos de isolamento com pressão negativa existentes no sector de internamento, um para crianças até aos 3 anos, e outro, dos 3 aos 17 anos e 364 dias. Consoante o resultado do teste as crianças, jovens e família são transferidos de quarto ou de serviço. Em SO são internadas crianças e jovens cujo internamento não é previsível que ultrapasse as 24 horas, e possui 2 camas para crianças até aos 3 anos e, 3 camas para idades superiores aos 3 anos. Todos os quartos têm instalações sanitárias. Na UCEP são internadas crianças com necessidade de internamento superior a 24 horas. Este setor possui também uma sala para pais, sala de tratamentos e sala de enfermagem.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 elementos, nomeadamente, 1 enfermeira-chefe, 15 enfermeiros, 5 enfermeiros especialistas em ESIP, 1 enfermeira

na fase final do seu curso de mestrado e especialização em ESIP e 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Trata-se de uma equipa cujos elementos são bastante unidos, de trato afável e atencioso entre si e com os clientes, o que segundo Diogo (2015) constitui um aspeto relevante na prestação de cuidados em enfermagem pediátrica. Pude observar que neste serviço, os enfermeiros especialistas ESIP servem de referência para a restante equipa, sendo solicitada a sua orientação em situações de maior complexidade.

Anteriormente à pandemia, a equipa de enfermagem desenvolvia vários projetos, nomeadamente, grupos de apoio para familiares de crianças com diversas patologias em que o elo de ligação é um enfermeiro, assim como, a formação em serviço, que no momento se encontram suspensos.

Quanto ao espaço físico, as paredes têm diversas pinturas coloridas que cativam a atenção das crianças e jovens que por ali passam, o serviço é bem iluminado, existe pouco ruído de fundo sendo um ambiente que transmite tranquilidade. Este cuidado com o ambiente físico é, também, evidenciado por Diogo (2015) como relevante para um ambiente seguro e afetuoso pois, “nas televisões dos quartos vê-se desenhos animados, as paredes e tetos do serviço têm pinturas animadas, existem brinquedos (...)” (p. 116). A prestação de cuidados no SUP denota preocupação com a prestação de cuidados não traumáticos e pela integração dos cuidados centrados na família nos cuidados, estabelecendo uma parceria benéfica para a qualidade e segurança dos cuidados. Existe preocupação em causar o menor dano às crianças e jovens, pela redução do número de procedimentos dolorosos e, pela utilização de técnicas não farmacológicas para redução da dor.

### 2.1.2 Objetivos e atividades a desenvolver

De seguida, apresento os objetivos e atividades definidos para o contexto de estágio no serviço de urgência pediátrica.

| <b>Serviço de Urgência Pediátrica</b>              |                                                              |                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Objetivos específicos</b>                       | <b>Atividades</b>                                            | <b>Indicadores de resultados</b> |
| <b>Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e</b> | Apresentação do projeto de estágio à enfermeira orientadora; | Elaboração de documento com a    |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>organizacional do serviço</b>                                                                                                                                                                                                                | <p>Reunião com enfermeira orientadora para recolha de informação pertinente;</p> <p>Observação da dinâmica do serviço e identificação dos modelos teóricos subjacentes à prestação de cuidados;</p> <p>Consulta de protocolos, normas, projetos e procedimentos do serviço / Instituição;</p> <p>Entrevista à enfermeira orientadora sobre a dinâmica e funcionamento do serviço</p>                                                                                                                                                                              | <b>caracterização do serviço</b>                                                                                                               |
| <p><b>Adquirir e consolidar conhecimentos sobre cuidados especializados à criança e família em situação de urgência e emergência</b></p> <p><b>Prestar cuidados especializados à criança e família em situação de urgência e emergência</b></p> | <p>Pesquisa bibliográfica sobre cuidados urgentes e emergentes à criança e família;</p> <p>Observação e prestação de cuidados à criança, jovem e família em situações urgentes e emergentes, em colaboração com a enfermeira orientadora;</p> <p>Prestação de cuidados não traumáticos, utilizando técnicas de distração e medidas não farmacológicas no controlo da dor</p> <p>Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora sobre as situações de cuidados vividas e estratégias de gestão da ansiedade com centralidade na criança, família e enfermeiros</p> | <p>Reflexão crítica sobre a prestação de cuidados à criança, jovem e família no serviço de urgência, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs</p> |
| <b>Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento</b>                                                                                                                                                         | <p>Pesquisa bibliográfica sobre técnicas e estratégias de comunicação com a criança, jovem e família;</p> <p>Observação do enfermeiro orientador na comunicação</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Elaborar um diário de campo com a descrição e síntese das estratégias observadas e implementadas no SUP</p>                                 |

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>da criança, jovem e família</b>                                                                                                                                                                                        | <p>com a criança, jovem e família;</p> <p>Implementação de técnicas e estratégias comunicacionais adequadas à situação e estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família que visam a gestão da ansiedade;</p> <p>Promoção de um ambiente facilitador da comunicação;</p>                                                   |                                                                                                                                    |
| <p><b>Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos</b></p> <p><b>Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família</b></p> | <p>Pesquisa bibliográfica sobre os principais stressores da criança, jovem e família associados ao serviço de urgência pediátrica, de acordo com o estágio de desenvolvimento;</p> <p>Observação participativa na prestação de cuidados, identificando as situações geradoras de maior ansiedade na criança, jovem e família.</p> | <p>Elaboração de registo reflexivo sobre o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros em contexto de urgência pediátrica</p> |
| Duração                                                                                                                                                                                                                   | 23/11/2020 a 20/12/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                    |

### 2.1.3 Competências a desenvolver:

Neste percurso de estágio pretendo desenvolver competências de:

- E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.
- E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
- E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.



- E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

## **2.2 Serviço de internamento de pediatria**

### **2.2.1 Apresentação do local de estágio**

O serviço de internamento de Pediatria onde realizei o meu estágio está integrado num hospital cuja área de influência geográfica incluem os concelhos de Sintra e Amadora. Neste serviço são internadas crianças até os 17 anos e 364 dias de idade, com diversas patologias tanto do foro médico como cirúrgico, excetuando as especialidades de traumatologia, cardiologia e queimaduras.

Fisicamente, o serviço consiste em duas alas, ala A e ala B. Ambas as alas apresentam paredes quase totalmente cobertas de desenhos coloridos que captam a atenção das crianças ali internadas. As fardas utilizadas pela equipa de enfermagem são cor de laranja. Todos os quartos têm uma adequada luminosidade e televisão com canais de desenhos animados para as crianças mais pequenas e outros canais para jovens. Na ala A existe o gabinete da Enfermeira Chefe, uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma arrecadação, instalações sanitárias e quartos individuais e enfermarias de 3 camas que perfazem um total de 16 camas, incluindo 2 quartos de isolamento para crianças, jovens e famílias que aguardam resultado do teste de despiste para Sars-Cov-19. Caso o resultado seja negativo são internados na enfermaria. Se o resultado for positivo são transferidos para outro hospital com enfermaria para doentes Covid. Na ala B, existe uma sala de crianças onde trabalham 3 educadoras de infância, uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala de refeições, uma sala de tratamento de resíduos, dois vestiários para enfermeiros, um espaço designado por “Centro do sono” que funciona durante a noite com uma técnica de diagnóstico, enfermarias com capacidade para 12 camas e uma unidade de cuidados intermédios com 6 camas. Existe, também, 1 quarto de pressão negativa. Neste serviço são internadas crianças provenientes da consulta externa, do hospital de dia, do serviço de urgência, da unidade de cuidados intensivos pediátricos e da neonatologia ou por transferência de outros hospitais.

Relativamente aos profissionais de enfermagem, a equipa é constituída por 30 enfermeiros sendo que destes, 10 são especialistas em ESIP, 2 frequentam o curso

de especialização, 1 é especialista em enfermagem de saúde mental e 1 é especialista em enfermagem de reabilitação. A equipa de enfermagem organiza a prestação de cuidados de saúde através do método individual de trabalho, em que cada enfermeiro presta todos os cuidados às crianças, jovens e famílias que lhe estão distribuídos. Sempre que possível os clientes são distribuídos aos enfermeiros que já conhecem, valorizando as relações de confiança previamente estabelecidas entre os enfermeiros e os clientes, já que este facto parece facilitar a adaptação à hospitalização.

A equipa de enfermagem é muito coesa e consistente na abordagem aos clientes, utilizando frequentemente a brincadeira e o humor para comunicar com as crianças e os jovens, mas também com os pais, funcionando como “quebra-gelo”. Vêem-se crianças de 4 ou 5 anos de idade de telemóvel na mão para ouvirem as suas músicas preferidas e irem mostrar aos enfermeiros que já sabem dançar aquela coreografia nova ou trazem desenhos para oferecer a cada um dos enfermeiros no turno, refletindo a relação que estas crianças já estabeleceram com a equipa de enfermagem.

Sempre que uma criança ou jovem é admitida naquele serviço, é realizada a “avaliação inicial” à criança ou jovem e familiar, consistindo na recolha de informações que permitem individualizar os cuidados aos clientes e àquela situação de doença específica. Esta entrevista permite, assim, aferir doenças pré-existentes, condições sociais, económicas, crenças religiosas, as implicações que o internamento daquela criança ou jovem trazem para a sua família, como por exemplo o risco de despedimento. Pela anamnese é também, possível aferir acontecimentos anteriores angustiantes, quais os procedimentos que causam maior desconforto emocional e físico, de forma a organizar os cuidados minimizando experiências potencialmente traumatizantes. Este olhar abrangente da criança-família-comunidade é específico das enfermeiras especialistas em ESIP daquele serviço, cuja atuação é mais visível em situações de maior complexidade, na gestão de emoções e de expectativas, tanto nos clientes como na equipa de enfermagem, servindo de referência e suporte à restante equipa.

Durante o estágio no referido serviço pude constatar que os cuidados prestados pela equipa de enfermagem baseiam-se na orientação de CCF, na prestação de cuidados não traumáticos e na parceria de cuidados que se estabelece entre a equipa de saúde e os pais ou acompanhantes. Regem-se pela premissa de que o acompanhante (pais ou pessoa significativa) é quem melhor conhece a criança e por esta razão deve ser parte integrante nas decisões tomadas em relação à saúde da

mesma. A informação é partilhada entre todos os intervenientes, incluindo a criança ou jovem, que tendo capacidade para tal também participa nas decisões. Exemplo, deste aspeto, posso referir um momento de cuidados em que uma criança de 8 anos, ao saber que era necessário proceder à colheita de sangue para análises clínicas, pediu que esse procedimento fosse efetuado após o almoço; não sendo uma colheita urgente, a enfermeira EESIP acedeu ao pedido da criança, transmitindo-lhe sensação de controlo sobre a sua doença e confiança de que a sua opinião é considerada, fomentando, consequentemente, a colaboração da criança durante o procedimento.

O referido serviço está integrado num hospital agraciado com a distinção de “Hospital amigo do bebé”, significando que a equipa de enfermagem promove o aleitamento materno. O aleitamento materno, segundo a OE citando a OMS e a UNICEF (2017), constitui “(...) um processo único capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil. O aleitamento materno trará igualmente benefícios a médio e longo prazo na saúde do bebé e da mãe” (para. 3), o que implica um trabalho diário de suporte e orientação das mães e suas famílias.

Para que seja possível prestar cuidados de enfermagem de qualidade, existe um trabalho importante e menos visível, e que diz respeito à gestão de materiais, equipamentos, recursos humanos e de vagas no serviço. Esta função é desempenhada pela enfermeira especialista com funções de gestão, que não presta cuidados diretos aos clientes, mas que serve de elo de ligação entre a equipa multiprofissional, conhecendo a história clínica de todas as crianças e jovens internadas no referido serviço. É, também, sua responsabilidade, a verificação de prazos de validade dos medicamentos, o pedido e reposição de stocks (soros, medicamentos ou material de consumo clínico), pedidos de reparação de equipamento ou mesmo justificação de aquisição de determinado equipamento, assim como, a articulação entre os diferentes serviços ou especialidades. Mais complexa, é a gestão de recursos humanos de forma que esteja assegurada a prestação de cuidados de qualidade, mas esteja salvaguardada a segurança física e mental dos enfermeiros que ali trabalham.

### 2.2.2 Objetivos e atividades a desenvolver

De seguida, apresento os objetivos e atividades definidos para o contexto de estágio no serviço de pediatria.

| <b>Serviço de Pediatria</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivos específicos</b>                                                                       | <b>Atividades</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Indicadores de Resultado</b>                                                                                                                                   |
| <b>Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional do serviço</b>                       | <p>Apresentação do projeto de estágio à enfermeira orientadora;</p> <p>Reunião com enfermeira orientadora para recolha de informação pertinente;</p> <p>Consulta de protocolos, normas e projetos do serviço;</p> <p>Observação da dinâmica do serviço e identificação de concepções teóricas e modelos de intervenção que orientam a prestação de cuidados;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Elaboração de documento com a caracterização do serviço                                                                                                           |
| <b>Prestar cuidados holísticos e individualizados à criança e família durante a hospitalização</b> | <p>Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias que motivam o internamento;</p> <p>Prestação de cuidados à criança, jovem e família, integrando a filosofia de CCF e cuidados não traumáticos, desde a admissão até à alta ou transferência;</p> <p>Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora sobre as situações de cuidados vividas e estratégias de gestão da ansiedade com centralidade na criança, família e enfermeiros</p> <p>Realização de entrevista semi-estruturada a enfermeira especialista ESIP sobre o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros, especificamente na gestão da ansiedade da criança, jovem e família em contexto de internamento</p> | Reflexão sobre uma situação de cuidados vivenciada em contexto de internamento pediátrico na qual foram mobilizadas as 5 categorias de intervenção do Modelo TEEP |
| <b>Desenvolver competências</b>                                                                    | Aprofundar conhecimentos sobre técnicas e estratégias de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família</b>                                                                                                                                | <p>comunicação com a criança, jovem e família;</p> <p>Observação do enfermeiro orientador na comunicação com a criança, jovem e família;</p> <p>Implementação de técnicas e estratégias comunicacionais adequadas à situação e estágio de desenvolvimento que visam a gestão da ansiedade da criança, jovem e família;</p> <p>Promoção de um ambiente facilitador da comunicação;</p>                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos</b></p> <p><b>Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família</b></p> | <p>Pesquisa bibliográfica sobre os principais stressores da criança, jovem e família associados ao serviço de internamento de pediatria, de acordo com o estágio de desenvolvimento;</p> <p>Observação participativa na prestação de cuidados, identificando as situações geradoras de maior ansiedade na criança, jovem e família e mobilizando o Modelo TEEP nas suas 5 categorias de intervenção: promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros).</p> | <p>Elaboração de documento “Identificação dos sinais e respostas de ansiedade nas crianças e nos jovens hospitalizados: contributo para os cuidados de enfermagem especializados”</p> |
| <b>Duração</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>4/01/2021 a 31/01/2021</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |

### 2.2.3 Competências a desenvolver

Neste percurso de estágio pretendo desenvolver competências de:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
- E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.
- E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
- E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.
- E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.
- E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.
- E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

## **2.3 Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar**

### **2.3.1 Apresentação do local de estágio**

A Unidade de Saúde Familiar (USF) escolhida para a realização do meu estágio clínico, está integrada num agrupamento de Centros de Saúde (ACES), cuja área de influência são as freguesias de Arrentela e Fernão Ferro, tendo cerca de 11400 utentes inscritos.

Estruturalmente, esta unidade tem 6 gabinetes de enfermagem, 6 gabinetes médicos, 1 sala de reuniões, 2 postos de atendimento administrativo, 2 salas de espera, instalações sanitárias, 1 copa para funcionários, 1 armazém de material de consumo clínico, 1 gabinete da assistente operacional e 1 sala de sujos.

A equipa de saúde é constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros e 1 assistente operacional. Complementam esta equipa, 4 assistentes técnicas e 1 segurança. Das

6 enfermeiras, 1 é especialista em EESIP e 1 é especialista em EESMO. Esta unidade de saúde presta cuidados nas valências de consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar, saúde do adulto (com acompanhamento periódico de clientes diabéticos, hipertensos e hipocoagulados), doença aguda, sala de tratamentos e vacinação. Atualmente, o horário de funcionamento é às segundas e terças-feiras, das 8 horas às 18 horas, e restantes dias úteis, das 8 horas às 20 horas.

O método de trabalho adotado nesta unidade é o de enfermeiro de referência, que segundo Carmona e Laluna (2002), é um

“método sistemático de organizar o trabalho de enfermagem através da designação de um grupo de pacientes a um enfermeiro. Este será então responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de enfermagem dispensados a este grupo de pacientes, bem como será responsável por supervisionar os cuidados implementados” (p.13)

Verde (2013) citando Parreira (2005), complementa referindo que este método permite

“(...) promover a continuidade e alta personalização dos cuidados; adequar-se perfeitamente à aplicação do processo de enfermagem de forma contínua e eficaz; facilitar a comunicação entre enfermeiro/cliente/elementos da equipa multidisciplinar, o conhecimento do enfermeiro por parte do cliente, o ensino e a preparação para a alta; conferir maior autonomia, responsabilidade e criatividade ao enfermeiro e privilegiar as atividades autónomas dos enfermeiros.

Existe uma grande proximidade da comunidade à equipa de enfermagem, que disponibiliza diversas formas de contacto, como telefone e email. No que respeita à área de saúde infantil e juvenil, a maioria das famílias que ali são acompanhadas utilizam o email para solicitar esclarecimento de dúvidas, aconselhamento ou marcação de consultas de enfermagem, denotando grande confiança nos enfermeiros desta unidade. Em situações de maior complexidade, como situações de suspeita de maus-tratos ou alterações do desenvolvimento de determinada criança, a enfermeira especialista ESIP serve de referência para a restante equipa (enfermeiros e médicos), no que respeita à atuação e encaminhamento mais adequado.

Devido à situação de pandemia por Covid-19, estão suspensas quase todas as valências, uma vez que foi necessário mobilizar recursos humanos para o atendimento aos doentes respiratórios nas áreas para doentes respiratórios (ADR) e, posteriormente, para os pólos de vacinação Covid-19. Ainda assim, mantém-se, preferencialmente, as consultas de vigilância de saúde infantil nas idades chave até aos 2 anos de idade, aos 5 e aos 10 anos. Todas as outras consultas são marcadas

conforme disponibilidade de vagas e orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS).

### 2.3.2 Objetivos e atividades a desenvolver

De seguida, apresento os objetivos e atividades delineados para o contexto de estágio numa unidade de saúde familiar.

| <b>Unidade de saúde familiar</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivos específicos</b>                                                           | <b>Atividades</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Indicadores de Resultado</b>                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional do serviço</b>           | <p>Apresentação do projeto de estágio à enfermeira orientadora;</p> <p>Reunião com enfermeira orientadora para recolha de informação pertinente;</p> <p>Consulta de protocolos, normas e projetos do serviço;</p> <p>Observação da dinâmica do serviço e identificação dos modelos teóricos subjacentes à prestação de cuidados.</p>                                                                     | <p>Elaboração de documento com a caracterização do serviço</p>                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Prestar cuidados à criança e família em contexto de cuidados de saúde primários</b> | <p>Pesquisa bibliográfica sobre desenvolvimento infantil e orientações do PNSIJ;</p> <p>Observação e participação, nas consultas de Saúde Infantil e vacinação;</p> <p>Mobilização da filosofia de cuidados centrados na família, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos na prestação de cuidados;</p> <p>Prestação de cuidados à criança e família promotores do desenvolvimento infantil,</p> | <p>Elaboração de documento com o título “Guia para um desenvolvimento saudável.” onde se aborda o desenvolvimento infantil e como o estimular. Inclui um capítulo sobre gestão emocional e efeitos do isolamento nas crianças e jovens devido ao Covid-19.</p> |



|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                           | <p>incluindo cuidados antecipatórios;</p> <p>Promoção da vinculação e da parentalidade;</p> <p>Utilização do brincar terapêutico e de técnicas de distração durante procedimentos dolorosos, como a vacinação ou realização de pensos, como estratégias para gerir a dor;</p>                                                                                                               |  |
| <p><b>Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família</b></p>                                                                                                | <p>Aprofundar conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação com a criança, jovem e família;</p> <p>Observação do enfermeiro orientador na comunicação com a criança, jovem e família;</p> <p>Implementação de técnicas e estratégias comunicacionais adequadas à situação e estágio de desenvolvimento;</p> <p>Promoção de um ambiente facilitador da comunicação</p>           |  |
| <p><b>Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos</b></p> <p><b>Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família</b></p> | <p>Pesquisa bibliográfica sobre os principais stressores da criança, jovem e família associados aos cuidados de saúde primários;</p> <p>Observação participativa na prestação de cuidados, identificando as situações geradoras de maior ansiedade na criança, jovem e família;</p> <p>Identificação, no processo de enfermagem, do registo da ansiedade como diagnóstico de enfermagem</p> |  |
| Duração                                                                                                                                                                                                                   | 1/2/2021 a 19/2/2021 e 29/3/2021 a 2/3/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

### 2.3.3 Competências a desenvolver

Neste percurso de estágio pretendo desenvolver competências de:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
- E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
- E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.
- 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.
- E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.
- E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

## 2.4 Unidade de Neonatologia

### 2.4.1 Apresentação do local de estágio

A unidade de neonatologia onde decorreu o meu estágio está integrado num Centro Hospitalar de Lisboa, cuja área de influência direta corresponde às freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável, do concelho de Lisboa e todo o concelho de Oeiras, prestando cuidados de saúde diferenciados a uma população de cerca de 934 723 habitantes (SNS, 2020). Este centro hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das Unidades

hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas, tendo como valores institucionais, a prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável e a promoção da investigação e da formação profissional (SNS, 2020). A prestação de cuidados na unidade de neonatologia integra os valores institucionais definidos pela instituição, mas também se baseia na orientação de cuidados centrados na família, nos cuidados não traumáticos e na parceria de cuidados que se estabelece entre a equipa de saúde e os clientes.

A Unidade de Neonatologia presta cuidados de saúde no âmbito da pediatria intensiva, a recém-nascidos pré-termo, termo ou de pós-termo, que necessitem de cuidados diferenciados e específicos neonatais, seja por nascimento prematuro, doença congénita ou problemas de saúde adquiridos no período neonatal. Os clientes deste serviço são, assim, os recém-nascidos e a sua família, habitualmente os pais, que permanecem no serviço várias horas por dia, assegurando todos os cuidados para os quais se sintam capacitados. Devido ao contexto pandémico, face às alterações e adaptações que os serviços sofreram, não é possível a permanência de ambos os pais em simultâneo, podendo alternar entre si. No entanto, após saírem da sala não era permitido voltar a entrar. Estas contingências foram apontadas pelos pais como fatores stressores e causadores de mal-estar emocional, pois referiam sentir-se mais desamparados sem o companheiro.

Estruturalmente, esta unidade é constituída por 1 sala para pais, onde existem cacifos para os familiares guardarem os seus objetos pessoais, assim como instalações sanitárias com chuveiro, e um espaço onde os irmãos dos RN podem aguardar; 1 sala de cuidados intensivos com capacidade para 5 crianças; 1 sala de cuidados intermédios com capacidade para 12 crianças; 1 sala de cuidados polivalente com capacidade para 3 crianças, que atualmente serve de isolamento para RN que testaram positivo para SarsCov-2; 1 sala de isolamento; 1 copa de leites; gabinete da enfermeira chefe; sala de reuniões; sala de pausa para funcionários; armazém de material de consumo clínico, salas de tratamento de resíduos, e gabinete administrativo.

Devido ao contexto pandémico, um número significativo de projetos desenvolvidos pela equipa de enfermagem encontram-se suspensos, mas é vontade de toda a equipa de enfermagem dar-lhes continuidade assim que possível. Os

projetos desenvolvidos pelos enfermeiros são: Cuidados à pele e úlceras de pressão; Ambiente saudável (entregam lembranças aos pais dos bebés que estão ali internados no dia do pai, dia da mãe, Natal, Páscoa, dia da criança e no dia do prematuro); Sono; Posicionamentos; Qualidade e segurança do utente; Cuidados paliativos; Promoção do desenvolvimento infantil; Aleitamento materno; Prevenção da infeção; Dor; Alimentação oral; Método Canguru; Apoio aos pais (este grupo de trabalho é constituído por enfermeiros da unidade e pedopsiquiatras, que organizam reuniões semanais em que os pais podem participar sempre que fosse do seu interesse); Educação para a saúde; Registos de enfermagem; Ventilação; Follow-up do RN (anteriormente era realizada uma visita domiciliária aos pais de grandes prematuros, antes e depois da alta. Neste momento, não se realiza esta visita domiciliária, mas é realizado contacto telefónico após as 48 horas de alta); e por último, o grupo “Covid 19”.

A equipa de enfermagem é constituída por 34 enfermeiros, dos quais 7 são especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria e 1 é especialista em enfermagem de reabilitação. Como método de trabalho, nesta unidade utilizam o método individual de trabalho. O foco dos cuidados é o RN e os seus pais, existindo uma grande abertura e disponibilidade da equipa para ouvir estes pais e lhes prestar o suporte necessário para os ajudar a enfrentar o internamento dos seus filhos. Apesar da distribuição diária de utentes, os enfermeiros conhecem todos os bebés internados e os seus pais de forma a dar continuidade aos cuidados.

#### 2.4.2 Objetivos e atividades a desenvolver

De seguida, apresento os objetivos e atividades definidos para o contexto de estágio numa unidade de neonatologia.

| Unidade de Neonatologia                                               |                                                              |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Objetivos específicos                                                 | Atividades                                                   | Indicadores de Resultado                                |
| Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional do serviço | Apresentação do projeto de estágio à enfermeira orientadora; | Elaboração de documento com a caracterização do serviço |

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                             | <p>Reunião com enfermeira orientadora para recolha de informação pertinente;</p> <p>Consulta de protocolos, normas e projetos do serviço;</p> <p>Observação da dinâmica do serviço e identificação das orientações e modelos de intervenção subjacentes à prestação de cuidados.</p>                                                                                                                                                                                                    | Adaptação do Projeto de estágio à realidade do contexto                  |
| <p><b>Prestar cuidados especializados ao RN e pais, no âmbito da neonatologia</b></p>                       | <p>Pesquisa bibliográfica sobre as principais situações de saúde-doença que motivam a admissão na unidade;</p> <p>Observação participativa da enfermeira orientadora na prestação de cuidados ao RN e pais;</p> <p>Prestação de cuidados ao RN em parceria com a família, promotores da vinculação e da parentalidade (por exemplo, método canguru);</p> <p>Identificação das situações geradoras de maior ansiedade nos pais e análise de intervenções facilitadoras da sua gestão</p> | Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre vinculação e parentalidade |
| <p><b>Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento do RN e pais</b></p> | <p>Aprofundar conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação com o RN e pais;</p> <p>Observação do enfermeiro orientador na comunicação com o RN e pais;</p> <p>Promoção de um ambiente facilitador da comunicação</p>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |
| <p><b>Identificar necessidades emocionais do RN e</b></p>                                                   | <p>Pesquisa bibliográfica sobre os principais stressores do RN e</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Elaboração e apresentação de sessão formativa à equipa de enfermagem     |

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>pais na neonatologia</b></p> <p><b>Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade do RN e dos pais</b></p> | <p>pais associados ao internamento na neonatologia;</p> <p>Observação participativa na prestação de cuidados, identificando as situações geradoras de maior ansiedade no RN e família, mobilizando o Modelo TEEP nas suas 5 categorias de intervenção: promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar (nos enfermeiros)</p> <p>Identificação, no processo de enfermagem, do registo da ansiedade como diagnóstico de enfermagem</p> | <p>sobre os principais fatores causadores de ansiedade nos pais e estratégias de gestão</p> <p>Elaboração de uma reflexão sobre os registos de enfermagem com foco na ansiedade dos pais que acompanham os seus filhos numa unidade de neonatologia</p> |
| Duração                                                                                                                         | 15/03/2021 a 16/04/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |

#### 2.4.3 Competências a desenvolver

Neste percurso de estágio pretendo desenvolver competências de:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
- E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.
- E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
- E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

- 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.
- E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.
- E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

## **2.5 Centro de Desenvolvimento da Criança**

### **2.5.1 Apresentação do local de estágio**

O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) tem como missão, constituir um centro multiprofissional para atendimento de crianças com patologia neurológica e do desenvolvimento, proporcionando investigação, avaliação e tratamento destas patologias mas, também, acompanhamento médico e psicossocial às famílias, através de consultas individualizadas e multidisciplinares de diferentes especialidades (<https://www.cdc-hgo.com/>), estando integrado num hospital cuja área de influência são os concelhos de Almada e Seixal. Contudo, sendo um Centro especializado no acompanhamento de patologia neurológica e do desenvolvimento, é também o centro de referência da região centro/sul, sul e ilhas.

Estruturalmente, o CDC está dividido em duas áreas, a assistencial direta e a assistencial não direta. Na área assistencial não direta, existem 4 postos de trabalho de apoio à coordenação, uma biblioteca, uma sala de reuniões, uma sala de pausa, um gabinete de apoio ao secretariado, um posto de atendimento administrativo, um vestiário e instalações sanitárias. Na área, dita, assistencial direta existem diversos gabinetes de consulta médica (atualmente, devido à pandemia, 3 gabinetes estão alocados à consulta de neurologia e hospital de dia de psiquiatria, que atendem clientes adultos, contudo estão fisicamente separados da área de atendimento dos clientes do CDC), gabinete de consulta de enfermagem; 1 sala utilizada pelas professoras de educação especial; 1 sala de tecnologias de informação e comunicação; 1 sala de terapia da fala; 2 salas de terapia ocupacional, ginásio; 1 sala

de tratamento – onde são realizados todos os procedimentos dolorosos mas também avaliação estatoponderal.

Do ponto de vista orgânico, o CDC tem um diretor clínico, uma enfermeira chefe (responsável por quatro serviços), duas enfermeiras especialistas em ESIP, sendo que uma destas enfermeiras acumula funções de coordenação e uma enfermeira de cuidados gerais, que pela sua experiência e anos de serviço em contexto de cuidados pediátricos é considerada perita na sua área. Da equipa multidisciplinar fazem parte também, uma assistente operacional, uma assistente técnica, duas professoras de educação especial, uma assistente social, uma psicomotricionista, quatro psicólogas, 6 médicos pediatras do desenvolvimento, dois médicos de medicina física e reabilitação, três neuropediatras, duas terapeutas ocupacionais e duas terapeutas da fala. Esta equipa presta cuidados tendo como objetivo comum promover na criança, jovem e família a melhor adaptação à sua condição de saúde visando o nível máximo de qualidade de vida possível. Subjacente aos cuidados prestados, estão as orientações dos cuidados centrados na família, da parceria de cuidados e dos cuidados não traumáticos, perceptível em todos os contactos com os clientes, seja presencialmente ou telefonicamente.

Como referido, a equipa de enfermagem é constituída por três enfermeiras. A enfermeira EESIP orientadora, acumula as funções de coordenação do CDC, com a realização de consultas de enfermagem e coordenação do núcleo de Spina Bífida. Do núcleo da consulta de Spina Bífida fazem parte, para além da enfermeira EESIP, 2 fisiatras, 1 neuropediatra, 1 pediatra com especialidade de nefrologia, 1 neurocirurgiã pediátrica, 1 professora de ensino especial e 1 assistente social. Quando necessário têm apoio das restantes especialidades, como otorrinolaringologia, oftalmologia, pedopsiquiatria, ortopedia ou outras.

A consulta de neonatologia é realizada pela outra enfermeira EESIP, cujo primeiro contacto com os clientes acontece quando estes estão internados no Serviço de neonatologia do referido hospital. Após a alta hospitalar, o seguimento é realizado em regime de ambulatório até, no máximo, aos 2 anos de idade da criança, tendo nesse momento alta da consulta de enfermagem. Contudo, o seguimento médico nesta valência pode prolongar-se até aos 8 anos de idade. A consulta a crianças com trissomia 21 (com necessidade de avaliações do desenvolvimento), perturbações do espectro do autismo e hiperatividade também são responsabilidade desta EEESIP, assim como, a colheita de espécimes e atualização de protocolos de colheita de espécimes, função de grande relevância já que neste centro se realizam diariamente



diversas colheitas para realização de testes genéticos enviados para diversas instituições e laboratórios. Sabendo que a grande maioria destes testes demoram entre 1 a 3 meses a ser conhecido o resultado, é previsível a intensidade da ansiedade das famílias que veem nestes testes a esperança para compreender a doença dos seus filhos pelo que, são redobrados os esforços para que não ocorram erros na colheita, acondicionamento e envio das amostras. Todo o procedimento é supervisionado pelas enfermeiras.

A consulta direcionada para clientes com paralisia cerebral é realizada pela enfermeira perita na área. Esta enfermeira também é responsável pelos cuidados a clientes diagnosticados com epilepsia, que são referenciados para a consulta de enfermagem pela equipa médica.

Existe entre a equipa multidisciplinar uma grande cumplicidade, confiança e capacidade de organização, de forma que os clientes não necessitem de se deslocar à unidade mais vezes do que as necessárias. A comunicação entre todos os profissionais é facilitada e promovida pela enfermeira especialista com funções de coordenação, sendo notório um ambiente de trabalho saudável, promotor do bem-estar de todos os profissionais que ali trabalham, e conseqüentemente, se reflete no grau de satisfação das crianças ou jovens e família com os cuidados prestados.

## 2.5.2 Objetivos e atividades a desenvolver

| Centro de desenvolvimento da criança                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Objetivos específicos                                                        | Atividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Indicadores de Resultado                                |
| <b>Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional do serviço</b> | <p>Apresentação do projeto de estágio à enfermeira orientadora;</p> <p>Reunião com enfermeira orientadora para recolha de informação pertinente;</p> <p>Consulta de protocolos, normas e projetos do serviço;</p> <p>Observação da dinâmica do serviço e identificação dos modelos teóricos subjacentes à prestação de cuidados.</p> | Elaboração de documento com a caracterização do serviço |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Prestar cuidados à criança e família em situação de doença crónica complexa</b></p>                                  | <p>Pesquisa bibliográfica sobre patologias neurológicas e do desenvolvimento;</p> <p>Observação das consultas de enfermagem;</p> <p>Mobilização da filosofia de cuidados centrados na família e da parceria na prestação de cuidados;</p> <p>Participação na prestação de cuidados à criança e família promotores da adaptação à situação de doença crónica complexa e da qualidade de vida;</p> <p>Promoção da vinculação e da parentalidade;</p> <p>Utilização de técnicas de distração e do brincar durante a realização de procedimentos dolorosos, aplicando a filosofia dos cuidados não traumáticos.</p> | <p>Registo reflexivo sobre a prestação de cuidados à criança, jovem e família com situação de doença crónica complexa, nomeadamente no que respeita à gestão de emoções, como a ansiedade</p> |
| <p><b>Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família</b></p> | <p>Aprofundar conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação com a criança, jovem e família com doença crónica complexa;</p> <p>Observação das estratégias comunicacionais que a enfermeira orientadora utiliza na comunicação com a criança, jovem e família em situação de doença crónica complexa;</p> <p>Promoção de um ambiente facilitador da comunicação</p>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto</b></p>                                  | <p>Pesquisa bibliográfica sobre os principais stressores da criança, jovem e família associados a situações de doença crónica complexa;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>de cuidados pediátricos</b><br><br><b>Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família</b> | Observação participativa na prestação de cuidados, identificando as situações geradoras de maior ansiedade na criança, jovem e família;<br><br>Identificação, no processo de enfermagem, do registo da ansiedade como diagnóstico de enfermagem |  |
| Duração                                                                                                                                | 07/06/2021 a 18/06/2021                                                                                                                                                                                                                         |  |

### 2.5.3 Competências a desenvolver

Neste percurso de estágio pretendo desenvolver competências de:

- E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.
- E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
- E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.
- E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.
- E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.
- E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.
- E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.
- E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carmona, L. M. P., & Laluna, M. C. M. C. (2002). "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4(1).
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P.; Baltar, P.; Santiago, D. & Prudêncio, A. (2017) in Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2.ª versão revista).
- Eichner, J. M., Johnson, B. H., Betts, J. M., Chitkara, M. B., Jewell, J. A., Lye, P. S., Shelton, T. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Camarate: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). Wong. *Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed) Loures: Lusociência
- Hockenberry, M.J., Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. in M.J., Hockenberry, D., Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 1, Chap. 1, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient- and Family- Centered Care, acedido em <https://www.ipfcc.org/>, a 27/02/2020
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações*. Lisboa: Gráfica 2000.
- Mariano, C <https://nccc.georgetown.edu/resources/search.php>, a 27/02/2020.
- Sanders, J. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. in M.J., Hockenberry, D., Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 2, Chap. 26, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos enfermeiros (2017). “Enfermeiros amigos dos bebés”. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/enfermeiros-amigos-dos-beb%C3%AAs/>, acedido a 30/01/2021
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child’s care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24–28. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>
- Verde, B. C. C. (2013). *Contributo para a Implementação do Método por Enfermeiro de Referência* (Dissertação de Mestrado). Disponível em <https://www.rcaap.pt/>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/>. (2007). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America* 42(2):165-88 PubMed.
- National Center for Cultural Competence, acedido a 18/12/2020, disponível em <https://nccc.georgetown.edu/documents/RolloutLetter.pdf>

### Apêndice III – Atividades de estágio contexto SUP



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:  
Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade da  
criança e família nos processos saúde-doença**

**Atividades de Estágio Serviço de Urgência Pediátrica**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**  
**N.º 9555**



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



**Lisboa**  
**2020**

## ÍNDICE

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUMÁRIO .....</b>                                                                                              | <b>3</b>  |
| <b>a) A arte de cuidar da criança e família no sup .....</b>                                                      | <b>4</b>  |
| <b>b) Comunicar com a criança, jovem e família num serviço de urgência<br/>pediátrica: diário de campo .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>c) registo reflexivo sobre o desempenho do trabalho emocional num serviço<br/>de urgência pediátrica .....</b> | <b>16</b> |
| <b>Referências bibliográficas .....</b>                                                                           | <b>21</b> |



## SUMÁRIO

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) define urgência como “um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)” (2015, p.1), e emergência como “processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, (...); se não for rapidamente reversível, (...), e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão” (ACSS, 2015, p. 1). Segundo Caldeira et al. (2006, p.1), urgência pediátrica é considerada “como todo e qualquer acto assistencial não programado”, podendo este configurar uma situação urgente ou emergente.

O serviço de urgência pediátrica (SUP), recebe crianças e jovens, até aos 18 anos menos 1 dia (ou no caso de doença crónica, até aos 21 anos de idade), com diversas situações de doença, desde pequenos traumatismos a situações de doença aguda grave, sendo por este motivo, um serviço com uma organização e dinâmica muito particular (sem as ditas “rotinas” próprias de um serviço de internamento), mas cuja prestação de cuidados está imbuída na filosofia dos cuidados centrados na família, da parceria de cuidados e dos cuidados não traumáticos, tornando os familiares ou cuidadores que acompanham as crianças e jovens em aliados preciosos da equipa de saúde.

Para este contexto de estágio foram planeados como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional dos serviços;
- Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família,
- Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos;
- Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família;
- Adquirir e consolidar conhecimentos sobre cuidados especializados à criança e família em situação de urgência e emergência;
- Prestar cuidados especializados à criança e família em situação de urgência e emergência.

Seguidamente, apresentam-se as atividades realizadas, visando concretizar os referidos objetivos.

## **a) A arte de cuidar da criança e família no SUP**

No Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), não é possível planejar os cuidados que serão prestados ao longo do dia pela imprevisibilidade dos clientes que ali recorrem. Contudo, a equipa de enfermagem, presta cuidados de forma muito homogênea no sentido que todos agem no superior interesse da criança.

Recordo, por exemplo, um momento de cuidados a um menino de 5 anos, de nome Filipe (nome fictício), acompanhado pelo pai que recorre ao SUP devido a ferida incisa na região supraciliar direita, com necessidade de sutura cirúrgica. O pai, muito tranquilo na triagem, demonstrou desde logo vontade em participar nos cuidados, sentindo-se capaz de assumir esse papel – vontade que a enfermeira EESIP, respeitou. Assim, preparámos o material necessário, explicando ao pai o procedimento, mas também ao menino, que se mantinha calmo. O material foi mantido fora do alcance visual da criança, no entanto, o Filipe pediu para brincar com uma seringa. Segundo o menino queria vacinar o pai tal como ele havia sido vacinado anteriormente, pelo que lhe demos uma seringa para brincar, com a intencionalidade de o distrair dos preparativos para o procedimento necessário.

Cumprindo as indicações que nós transmitíamos, o pai tornou-se um “membro da equipa”, e pode realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico – o pai desde logo verbalizou que pretendia realizar todos os procedimentos possíveis para que o filho se mantivesse o mais calmo possível; o menino achou muita graça o pai “parecer” um médico com as luvas. Nesta situação, os cuidados foram negociados, houve uma colaboração muito próxima entre nós, profissionais de saúde, e o familiar. O cirurgião também “aproveitou” a vontade e capacidade deste pai, em participar nos cuidados; foi o pai que seguindo estritamente as nossas indicações posicionou o filho na marquesa e colocou o campo esterilizado sobre a face do menino. Enquanto o cirurgião suturava a ferida, eu utilizei a distração como medida não farmacológica de tratamento da dor, mostrando séries de desenhos animados no meu telemóvel, assim como o incentivava a acompanhar as canções dos desenhos animados. O resultado desta colaboração foi muito positivo pois o menino esteve sempre muito calmo, muito colaborante nos cuidados e, acredito, recordará esta experiência de forma mais positiva.

No final desta interação, experienciei um sentimento de “missão cumprida”, no sentido em que utilizei os recursos disponíveis para tornar a experiência desta criança e do seu familiar o menos traumatizante possível. Foi, também, uma experiência muito

inspiradora, no que respeita à parceria de cuidados com familiares, pois nem sempre as situações de doença permitem este tipo de colaboração (como no caso, das situações de urgência/emergência médica, cuja prioridade é a estabilização hemodinâmica da criança ou jovem).

A família é a principal força de uma criança ou jovem, o seu principal apoio, pelo que sempre que os familiares se sintam confortáveis em participar nos cuidados, deve ser promovida a sua participação (Hockenberry & Wilson, 2014). Contudo, nem sempre os familiares têm disponibilidade ou capacidade física ou emocional para serem tão participantes, aspeto que deve ser igualmente respeitado sem tecer juízos de valor (Hockenberry & Wilson, 2014).

Refletindo sobre o sentido que encontrei nesta situação de cuidados, julgo compreender mais profundamente a relevância que os familiares ou cuidadores têm, ou podem ter, como nossos aliados no cuidado às suas crianças. Ajuízo que, ao invés de me sentir intimidada pela vontade de participação dos familiares nos cuidados, estarei mais confiante e motivada para incentivar os familiares a serem participativos (desde que possuam essa capacidade ou disponibilidade). O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, refere especificamente que o EESIP “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...)” (DR, 2018, p. 19192).

Outra situação de cuidados que me mereceu reflexão ocorreu, novamente na sala de tratamentos, num período em que foi solicitada colaboração da enfermeira EESIP. Foi-nos pedida colaboração nos cuidados a uma menina de 5 anos de idade, chamada Maria (nome fictício), acompanhada pela mãe, e que apresentava uma ferida incisa no terceiro dedo da mão esquerda, abrangendo a primeira falange e leito ungueal, com exteriorização parcial da unha e que necessitava de sutura. A enfermeira que realizou a triagem, considerou que a Maria apresentava sinais de dor coincidentes com dor 6, segundo a escala de dor incluída no sistema de Triagem de Manchester, confirmada pela verbalização por parte da Maria que sentia uma “dor grande”. Ainda durante a triagem, a enfermeira triadora, apercebeu-se de que tanto a mãe, como a menina estavam bastante ansiosas com o sucedido.

No SUP, as enfermeiras especialistas ESIP são consideradas elementos de referência para a restante equipa, pelo que é habitual ser solicitada a sua presença ou orientações em situações de cuidados que pela sua complexidade necessitem de atendimento diferenciado. Na situação descrita, a complexidade de cuidados não era

referente a cuidados “físicos”, mas antes, ao suporte emocional que a díade criança-mãe requeria para ultrapassar de forma positiva esta experiência.

Recordando, enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (DR, 2019, p. 4744), nomeadamente, na “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde (...)” (DR, 2019, p. 4744), disponibilizando assessoria à equipa de saúde. Na situação descrita, o estado emocional da díade criança-familiar necessitava de um acompanhamento diferenciado de forma a gerir positivamente as emoções que as clientes vivenciavam naquele momento. Assim, eu e a enfermeira EESIP preparámos a sala de tratamentos, dispondo o material numa mesa de apoio que ficou “escondida” por detrás de uma cortina (para que não estivesse ao alcance do campo de visão da Maria) e, em seguida, fui à sala de espera conhecer a Maria.

A Maria estava sentada ao colo da mãe, chorosa e inquieta, dizendo que queria ir embora. Sentei-me ao lado delas e apresentei-me “*Olá, bom dia. Sou a enfermeira Sílvia. Como te chamas?*”. Ao que ela responde timidamente “*Maria*”. Expliquei, de forma calma e com linguagem simples (para que a Maria me compreendesse), que em seguida íamos para uma sala diferente e que nessa sala estava um médico “*muito bom a pôr os dedinhos bons*”.

Na sala de tratamentos, acomodamo-las – sentámos a menina ao colo da mãe, contudo a mãe estava visivelmente desconfortável, verbalizando que não era capaz, porque via o “médico dar os pontos” (sic), pelo que optámos por deitar a Maria numa marquesa, com a mãe junto dela, mas de forma que pudesse desviar o olhar do procedimento e assim prestar apoio à sua filha, da forma que lhe era possível – a mãe da Maria, embora ansiosa (voz trémula e mãos transpiradas), esteve sempre junto da filha, de mão dada com ela. Numa tentativa de acalmar a mãe, coloquei a minha mão no seu ombro e num tom de voz calmo, disse-lhe “*vai correr tudo bem*”. Também a EESIP, num tom de voz muito suave foi repetindo “*Calma, agora vai ficar tudo bem. Nós estamos aqui para ajudar*”.

Durante este tempo de “preparação”, fomos explicando, a ambas, o que ia acontecer, “*vais sentir uma picadinha e depois faz impressão, mas já não dói!*”, “*se sentires alguma coisa podes dizer*”, “*se ficares, assim, muito quietinha estás a ajudar o médico, sabias?*”. Nesta altura a Maria parecia estar mais calma, não estava a chorar e já aceitava melhor a nossa aproximação; a mãe mantinha-se muito desconfortável com a situação.

Pedimos à mãe que colocasse desenhos animados no telemóvel para tentar distrair a Maria. Explicámos à Maria, que íamos colocar um “lençol mágico” à volta dela – utilizámos a contenção com lençol (adaptação da técnica de swaddling – fizemos um triângulo com o lençol, deitámos a Maria em cima e depois passámos a ponta do lençol do lado direito para o esquerdo, mantendo o membro superior direito ao longo do corpo, prendendo a ponta por debaixo da Maria e repetimos do outro lado, mas deixando o membro superior esquerdo acessível para a realização do tratamento), de forma a podermos realizar o procedimento de forma segura. Enquanto o cirurgião realizava a sutura, promovi um ambiente descontraído, onde para além das informações que íamos fornecendo à Maria e sua mãe, se ouvia o som dos desenhos animados ou o cantarolar de uma ou outra canção que aprendi e que ia reproduzindo enquanto colaborava com o cirurgião. Quando a Maria demonstrava sinais de ansiedade ou medo (pedia à mãe para ir embora, ficava mais inquieta na marquesa ou a tentar sentar-se), tocava no ombro da Maria para que me desse atenção e falava de prendas para o Natal (que estava próximo), das brincadeiras que mais gostava, também falámos de princesas dos desenhos animados... e, desta forma o cirurgião terminou o procedimento.

Quando estávamos a terminar a realização do penso, dirigi-me à mãe da Maria, dizendo-lhe “Pronto, já acabou. Está tudo bem”, esboçando um sorriso (pouco perceptível pela máscara facial). Nesse momento, a mãe respira fundo, como que aliviada por ter terminado. A Maria recebeu um aplauso e um autocolante por ter sido muito corajosa.

A avaliação global desta situação é positiva pois, foi possível prestar os cuidados necessários e, julgo, tranquilizar as clientes de forma a vivenciarem esta experiência da melhor forma possível. Contudo, era possível fazer melhor?

De facto, a mãe da Maria demonstrou sempre, estar ansiosa e receosa, chegando a verbalizar a sua dificuldade em “*ver dar pontos*”. Naquele turno, foi possível conceder algum tempo à mãe da Maria para que se tranquilizasse e assim presta-se apoio à filha, já que segundo Oliveira et al. (2018), a presença dos pais tranquiliza, distrai, encoraja e consola a criança, mas... será que esta mãe tinha capacidade ou vontade de participar no procedimento? Será que se sentia capaz de o fazer? O facto é que não me recordo de a questionar neste sentido. Recordo-me de questionar se estavam sozinhas e soube que a avó da Maria estava no carro à espera, mas nunca me ocorreu questionar esta mãe se preferia que fosse a avó a acompanhar a Maria, ou à Maria se queria a companhia da avó, que eventualmente, podia estar

mais calma ou em melhores condições de lhe prestar cuidados... Nem sempre os pais têm capacidade de prestar apoio ou cuidados aos seus filhos, sendo uma situação que deve ser respeitada devendo ser permitida a troca por outra pessoa significativa para a criança, capaz de prestar esse apoio (Eichner et al, 2012).

Um outro aspeto que mereceu reflexão, relaciona-se com o tratamento da dor. No SUP onde estagiei não está implementado nenhum protocolo de tratamento da dor, que permita aos enfermeiros, após avaliação da dor (que é realizada e registada durante a triagem), administrar analgésicos antes da chamada para consulta médica. De facto, existe um protocolo para tratamento da febre em idade pediátrica que os enfermeiros aplicam com eficiência aquando da triagem, mas no caso da dor é sempre uma decisão médica. Este facto, faz com que se atrase o tratamento farmacológico da dor, prolongando, provavelmente, o sofrimento da criança. Contudo, os enfermeiros têm autonomia para instituírem medidas não farmacológicas para o tratamento da dor, que em combinação com as medidas farmacológicas, permitem um tratamento mais eficaz e com menos efeitos colaterais (Oliveira et al., 2018). Na situação descrita, implementei como estratégias não farmacológicas o toque terapêutico (estratégia física), a distração e a informação preparatória (estratégias psicológicas) (Oliveira et al., 2018). Para além destas, poderia ter implementado a técnica de relaxamento através da respiração profunda, que para além de promover o alívio a dor da Maria, também poderia ter induzido um estado de relaxamento que facilitasse a diminuição da ansiedade de ambas.

A implementação de estratégias não farmacológicas para o tratamento da dor, não depende de nenhuma outra categoria profissional, e constituem estratégias válidas na redução da dor sentida pela criança. Quando implementadas isoladamente reduzem substancialmente a dor, pelo que associadas ao tratamento farmacológico potenciam os seus resultados. Este aspeto justifica a sua precoce implementação por parte dos enfermeiros (Oliveira et al., 2018). Este facto é sustentado pela Declaração de Ottawa, onde pode ler-se que “todo o esforço deve ser feito para prevenir ou (...) minimizar a dor e o sofrimento e mitigar a tensão física ou emocional na paciente criança” (Leyden, 1988 citado por Oliveira et al., 2018, p. 14), assim como, na carta da criança hospitalizada (IAC, 2008, s.p.) onde se lê “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”. Está, também, explanado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que este “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (DR, 2018, p. 19193),

nomeadamente “garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (DR, 2018, p. 19193). As estratégias não farmacológicas de tratamento da dor enquadram-se na filosofia de cuidados não traumáticos, que visam minimizar o sofrimento da criança ou jovem e família.

A descrição e reflexão acerca de duas situações de cuidados semelhantes e, no entanto, tão diferentes foi propositada pois, o enfermeiro EESIP deve ser capaz de mobilizar habilidades e conhecimentos adequados a cada situação específica. Embora a situação de doença das duas crianças fosse semelhante, o contexto em que esses cuidados decorreram foi diferente e as reações aos *stressores* presentes foram distintas pois, a experiência emocional de cada cliente é única e irrepetível. Pude observar que, especificamente, a EEESIP prestava cuidados visando o cuidado individualizado e holístico da criança ou jovem e sua família, sem desmerecer o papel do cuidador nos cuidados, ou desvalorizar as informações que os familiares nos transmitiam. Tal postura está de acordo com o referido no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015, p. 16661), no qual se considera que “(...) a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças”, devendo valorizar-se “(...) a sua experiência no cuidado dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados”.

Descrevo em seguida, outra situação de cuidados sobre a qual senti necessidade refletir.

No final do turno da tarde, o segurança entra no serviço a acompanhar uma mãe aos gritos “Salvem-na, por favor! Salvem-na...”. Esta mãe trazia nos braços um bebé. Quando ouvimos os gritos, a EEESIP e eu, fomos ao encontro da mãe. Imediatamente percebemos que o bebé estava com convulsões, mas antes que pudesse verbalizar uma só palavra, a mãe colocou o bebé nos meus braços e desfalece no corredor... com o bebé nos braços, entramos na sala de reanimação onde já estavam duas pediatras e outra enfermeira, com o carro de reanimação aberto e o material para SAV (se fosse necessário), mas as convulsões pararam espontaneamente... quando a mãe me entregou a filha, consegui sentir que a bebé estava quente, o que nos fez suspeitar de convulsões febris. Embora as convulsões febris sejam relativamente benignas, por ser o primeiro episódio, foi decidido pela pediatra que ficaria internada em S.O. Durante o período em que assistíamos a bebé, a mãe foi-se “arrastando” para a porta da sala de reanimação e por entre o choro ia

respondendo às questões que lhe colocávamos, na tentativa de reunir informação pertinente para a prestação de cuidados. Com a criança estável do ponto de vista hemodinâmico, dirigimos a atenção para a mãe. Ajoelhei-me junto da mãe, ofereci-lhe a minha mão, dizendo-lhe “Venha... venha ver a sua menina!”. A mãe levanta os olhos do chão, respira fundo, levanta-se e vai para junto da filha. Eu e a EEESIP, abraçamos a mãe e numa tentativa de aligeirar o ambiente, graciei “por hoje chega de partidas!”. A mãe sorriu, agradeceu a toda a equipa e acompanhou a filha para o serviço de observação (SO).

Este SUP, em oposição ao meu local de trabalho (SUB), atende diariamente crianças e jovens com situações de perigo iminente de vida, sendo o EEESIP, o profissional capacitado para o reconhecimento de “situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (DR, 2018, p. 19193). Estas situações acarretam emocionalidade intensa tanto para os clientes como para os enfermeiros. Na situação descrita, foi-me difícil manter o distanciamento emocional necessário para a prestação de cuidados à criança em situação de doença potencialmente grave. Sendo eu própria mãe, o sentimento de empatia com a mãe da bebé era muito intenso e por essa razão revelou-se psicologicamente desgastante. Partilhei estes sentimentos com a EEESIP orientadora que referiu como aspeto muito importante a rede de suporte no próprio serviço. Os elementos da equipa de enfermagem fomentam uma saudável relação de trabalho, com diversos momentos de partilha de experiências, o que facilita a gestão de emoções e sentimentos, evitando a exaustão dos profissionais, tal como referido por Diogo (2015). Por outro lado, foi referida a experiência profissional como fator favorável à gestão emocional, uma vez que a competência emocional pode ser aprendida e desenvolvida, coincidindo com o referido por Diogo (2015).

Embora o SUP seja um serviço de grande exigência técnica, onde os enfermeiros especialistas estão “treinados” para atuar e prestar cuidados em situações complexas, existe um grande investimento pessoal para prestar cuidados humanizados, dando resposta, não só às situações de doença que conduziam os clientes ao SUP, mas a todas as suas necessidades, sejam de carácter emocional, físico, social, entre outros.



## **b) Comunicar com a criança, jovem e família num serviço de urgência pediátrica: diário de campo**

O termo *comunicar* deriva do latim e significa “colocar em comum”, já *comunicação* pode ser definida como o “o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo ou devendo haver reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal” (Ramos & Bortagari, 2012, p. 164). Pode também ser definida como “troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum ou do próprio comportamento” (Infopédia, 2021), estando implícita a ideia de que *comunicação*, acontece entre duas ou mais pessoas e, que comunicar é muito mais do que é verbalizado (Sequeira, 2014). Transpondo este conceito para a área da saúde, assumimos que a comunicação desempenha um papel fundamental na relação que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente, uma vez que é “(...) a comunicação que permite o desenvolvimento da relação e por conseguinte, pode criar um contexto favorável ou desfavorável” (Sequeira, 2014, p.6).

Segundo Sequeira (2014), a comunicação entre os profissionais de saúde e os clientes tem um papel essencial na relação que se estabelece entre eles pois consiste no contexto em que essa relação se desenvolve. Campos (2017), complementa que “a comunicação é um processo (...) de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. (...) apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa” (Campos, 2017 citando Phaneuf, 2005), tendo a potencialidade de promover emoções positivas nos clientes e amplificar a sua satisfação com os cuidados. Em saúde, a comunicação pretende-se terapêutica no sentido em que tem a finalidade de “apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas no processo de transição de saúde-doença, e/ou na adaptação a dificuldades” (Sequeira, 2014, p. 7). Para tal, o enfermeiro necessita desenvolver a capacidade de escuta, disponibilidade e aceitação, e “(..) pressupõe a utilização de um conjunto de técnicas/habilidades de comunicação verbal e não verbal, nas quais a empatia e a assertividade desempenham um papel central” (Sequeira, 2014, p. 7).

Podemos distinguir comunicação verbal e não verbal. A primeira diz respeito ao conteúdo verbal, às palavras proferidas, enquanto a comunicação não verbal consiste em todos os outros aspetos, desde o tom de voz, os silêncios, a postura corporal, a expressão facial, entre outros (Ramos & Bortagari, 2012). Segundo Ramos e Bortagari (2012), a “comunicação não-verbal qualifica a interação humana,

imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor” (p. 164). A forma “não verbal” como a mensagem é transmitida interfere na qualidade das relações que se estabelece entre o enfermeiro e a criança e família. É premente que o enfermeiro desenvolva a habilidade de “ler” os clientes, para além do que o cliente verbaliza ou tem intenção de transmitir, pois é este pormenor que permite definir um plano de cuidados verdadeiramente adequado às necessidades singulares da pessoa cuidada, traduzindo a arte do cuidar holístico. Para tal, Sequeira (2014, p. 7), enumera como principais técnicas de comunicação verbal e não verbal, a escuta, o toque, o olhar, o posicionamento, a informação, o silêncio, a assertividade, a empatia, o humor, a validação, o feedback, entre muitas outras.

Sendo a comunicação, um aspeto sobejamente relevante para o estabelecimento de uma relação, dita terapêutica, entre o enfermeiro e os clientes, torna-se clara a pertinência do enfermeiro EESIP desenvolver competências comunicacionais, adequando a comunicação ao desenvolvimento da criança e sua capacidade cognitiva, atendendo de modo particular à componente não verbal da comunicação já que, principalmente, as crianças são muito sensíveis à comunicação não verbal. Assim, o EESIP “comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (DR, 2018, p. 19193), que em plena pandemia deve ter em consideração a necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual que condicionam, por exemplo, a visualização de expressões faciais ou limitam os movimentos corporais e que, como referido anteriormente, transmitem informações tão importantes quanto as palavras que são proferidas (Ramos & Bortagari, 2012; Sequeira, 2014; Campos, 2017; Bambi, Iozzo, Rasero, & Lucchini, 2020).

Este diário de campo, pretende descrever e sintetizar as estratégias comunicacionais utilizadas no serviço de urgência pediátrica (SUP), na interação com as crianças, jovens e família, durante as quatro semanas do meu estágio, mobilizando as estratégias referidas por Hockenberry (2014) e que neste documento são identificadas com letra a negrito.

Habitualmente, a enfermeira EESIP orientadora ficava distribuída na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) ou no Serviço de Observação (SO), pelo

que após a passagem de turno no período da manhã, nos dirigíamos aos quartos onde estavam internadas as crianças ou jovens e seus familiares.

No primeiro quarto estava o Gonçalo (nome fictício), bebê de 7 meses e sua mãe. Batemos à porta ao mesmo tempo que espreitávamos pela janela na porta (como que solicitando permissão para entrar no espaço que agora era daquele bebê e sua mãe). Ao entrar no quarto, a EEESIP orientadora (doravante chamada de enfermeira Sofia – nome fictício), dizia num tom de voz suave, dirigindo-se à mãe, *“Olá, bom dia! O meu nome é enfermeira Sofia. Como foi a noite? Como está o nosso pequenote?”*. Havia o cuidado de iniciar o contacto com um cumprimento, continuando com perguntas abrangentes de forma a encorajar a mãe a expressar os seus pensamentos e emoções, já que “as questões abertas são menos ameaçadoras e encorajam a descrição” (Hockenberry, 2014, p. 125) (**“direcionar o foco”**). A mãe respondeu, *“Conseguimos descansar. O Gonçalo até dormiu bem, acordou só uma vez, mas adormeceu rápido. Eu também dormi”*. Enquanto a mãe falava, evitava cruzar o olhar com o nosso, parecia inquieta (mesmo sentada no cadeirão, mudava continuamente de posição) e suspirava.... Foi então que lhe pergunto *“E você, como está?”*. A mãe faz um período de silêncio, que não interrompi (**“usar o silêncio”**) e começa a chorar, dizendo *“Eu adoro o meu Gonçalo e preciso de estar aqui com ele, mas eu tenho mais dois filhos... os dois têm autismo e, o do meio deixou de falar desde que estou aqui internada ... quero muito ir para casa, mas também quero ficar aqui...”*. Dissemos-lhe que era perfeitamente aceitável querer ver os outros filhos, que se fossemos nós também íamos sentir o mesmo, que não devia sentir-se culpada por ter esses pensamentos (**“ser empático”**). Em conjunto pensámos numa solução. Permitimos a troca com o pai – depois de realizar teste de despiste para Covid-19. Esta situação demonstra a importância da comunicação não verbal, uma vez que, a mãe verbalizava “está tudo bem”, mas a sua mimica corporal contradizia as suas palavras.

Hockenberry (2014), refere que os enfermeiros devem estar despertos para os sinais e indicadores que expressem preocupação e ansiedade por parte dos pais (**“encorajar os pais a falar”**, **“escuta e consciência cultural”**). No mesmo turno, para o segundo quarto de isolamento, recebemos cerca das 9:30h, o jovem Ricardo (nome fictício) com 17 anos, que vinha acompanhado pela mãe. Fui a primeira a entrar no quarto. *“Olá, bom dia!”*, apresentei-me e apresentei a enfermeira Sofia (que já estava ao meu lado), *“Então Ricardo, o que te aconteceu?”* (**“falar primeiro com o adolescente”**). O Ricardo estava a iniciar o discurso quando a mãe o interrompe dizendo que era melhor ser ela a explicar para ser mais rápido; O Ricardo “revira” os

olhos, mostrando descontentamento. Dirigindo-me à mãe, respondo-lhe “*não se preocupe, temos tempo. O Ricardo explica o que aconteceu e você ajuda, pode ser?*”. Dirigindo-me depois para o Ricardo “*Pode ser assim Ricardo?*”, demonstrando ao Ricardo que o valorizávamos, reconhecendo-lhe capacidade para participar nas decisões relativas à sua saúde, sem excluir desta relação, a mãe, já que esta era a figura de suporte do Ricardo e quem melhor o conhecia.

A abordagem ao adolescente pode ser desafiante na medida em que é uma fase do desenvolvimento humano marcada por drásticas mudanças físicas, cognitivas e sociais, em que o adolescente ainda alterna entre o pensamento e comportamento de um adulto e o de criança (Hockenberry, 2014). É, então, um período em que o jovem se divide entre a necessidade de proximidade com os seus pais e a vontade de ser autónomo, o que pode conduzir a conflitos na relação entre pais e filhos, mas também, com os enfermeiros. Uma estratégia muito utilizada pelos enfermeiros na abordagem aos adolescentes era o **humor**. A utilização do humor, parece facilitar a comunicação enfermeiro-jovem-família. Por exemplo, durante a triagem ao receber uma adolescente de 16 anos que caiu a caminho da escola, numa tentativa de aligeirar o ambiente, brincamos, “*Até percebo que não te apetecesse ir às aulas, mas não valia a pena atirares-te ao chão*”, ou durante uma colheita de sangue a um rapaz de 15 anos “*Carrega aqui (no local de punção) que eu (enfermeira) não posso ver sangue...*” e que “roubava” muitas gargalhadas.

Ainda na sala de tratamentos, para a realização de procedimentos, é importante esperar até que a criança ou jovem estejam preparados. Por exemplo, foi necessário colher sangue a um menino de 6 anos, a enfermeira Sofia senta-se ao lado do menino e começou a explicar “*olha precisamos de um bocadinho do teu sangue para pôr neste tubinho. Vamos pôr um elástico à volta do teu braço e depois com uma seringa muito pequenina, puxamos o sangue. Só que nós temos um segredo, um spray mágico que faz com que doa muito pouquinho*”. Assim, após a aplicação do “spray mágico” pediu para ser ele a decidir quando puncionávamos, dando-lhe tempo para se preparar (a enfermeira esperou o tempo que ele pediu – **dar tempo, utilizar frases simples e curtas**).

Quando a criança traz um brinquedo significativo (como uma boneca), podemos utilizar esse brinquedo como uma “ponte” para comunicar com ela. Como exemplo, recordo, a triagem a uma menina de 5 anos e sua mãe. Iniciamos a triagem questionando a mãe sobre o motivo de vinda ao SUP, enquanto a filha se escondia por detrás da mãe. Aproveitando o facto de a menina trazer num carrinho a sua

boneca, baixámo-nos à sua altura, e perguntámos à boneca onde doía, “*então onde tens o dói-dói?*”. A menina sai de trás da mãe e vem apontar na barriga da boneca onde lhe doía (**Falar primeiro com os pais, dando espaço à criança; comunicar através de um objeto de transição**); quando terminamos a triagem colocámos a pulseira na menina e na boneca. Posteriormente, foi necessário proceder à colheita de sangue para análises clínicas à mesma criança, pelo que optámos por demonstrar todo o procedimento à boneca, incluindo a aplicação de anestésico tópico, para em seguida realizarmos o procedimento à menina. Para além de favorecermos a colaboração da criança no procedimento, esta ação promove a redução da ansiedade associada aos procedimentos dolorosos da criança e da família.

Noutra ocasião, prestava cuidados a uma criança de 10 anos que necessitava de um acesso venoso periférico para realização de uma tomografia axial computadorizada (TAC). Com a intenção de preparar a criança para o procedimento, sentei-me ao seu lado, dirigindo a minha atenção tanto à criança como à mãe, e num tom de voz suave e calmo, expliquei em que consistia o exame, que era uma máquina barulhenta, mas que não causava dor, e que era um exame relativamente rápido. A criança pergunta “*Como sabes que não doi?*”, eu respondo “*Porque já fiz muitas vezes. Não dói nada e depois sabemos logo o que se passa com as tuas costas. Além disso a tua mãe vai estar sempre contigo*”. Após o exame, recebi-os novamente no serviço e a criança estava muito satisfeita por não lhe ter mentido, referindo “*não doeu nada*” (**fornecer orientação antecipada**). Fornecer orientação antecipada é, também, relevante na gestão de expectativas, da ansiedade e do medo. Como exemplo, recordo o atendimento a uma criança de 15 meses, que durante a triagem apresentava sinais de desidratação devido a vômitos incoercíveis. Ainda, na sala de triagem, informamos a familiar que acompanhava a criança de que poderia ser necessário internar a criança, proceder a punção venosa para hidratação ou, eventualmente, para colheita de sangue para análises clínicas. Após observação médica, foi decidido internar a criança em SO, notícia que a mãe aceitou com maior tranquilidade pois houve tempo para aceitar essa situação, reduzindo a ansiedade associada.

Outra situação de cuidados, ocorreu durante o turno da tarde. Estava internado na unidade de cuidados especiais pediátricos (UCEP), um jovem de 14 anos, muito renitente à nossa abordagem, cujas respostas eram quase monossilábicas e vagas. Aproveitando um momento em que a mãe se ausentou do serviço, dirigimo-nos e este jovem, questionando-o sobre como o poderíamos ajudar, se precisava de falar sobre algum assunto que lhe causasse desconforto. O jovem responde que se sentia

revoltado com a mãe por esta ter desvalorizado as suas queixas e ter protelado a vinda à urgência; referiu sentir que a culpa do internamento era da mãe. O facto de estar sozinho, de **falar sem a presença dos pais**, promoveu no jovem, a confiança necessária para nos verbalizar as emoções e sentimentos que lhe causavam desconforto, permitindo que interviéssemos junto da díade no sentido de desconstruir este conflito, visando a sua resolução. Outro exemplo da relevância de se proporcionarem momentos sem a presença dos pais, foi o atendimento a uma jovem de 14 anos de idade, internada em SO, por ideação suicida. Esta jovem chega acompanhada pelo pai, que à nossa abordagem se apresenta agressivo verbalmente. Ao abordarmos a jovem, o pai intervinha na conversa, impossibilitando o diálogo. Pedindo que o pai se ausentasse do quarto por minutos, foi possível estabelecer um diálogo com a jovem, que nos refere sentir-se assoberbada com a exigência que o pai lhe inculcia, relativamente aos estudos, preferindo matar-se a desiludir o seu pai. O facto, de ter sido possibilitada oportunidade para falar sem a presença do pai, facilitou a expressão emocional que de outra forma não seria possível. Consequentemente, todos os cuidados desenvolvidos e respetivo encaminhamento para outras especialidades visou o acompanhamento desta jovem, mas também do seu pai, parte integrante do “problema”.

Uma forma de comunicação com crianças pequenas é através do **brincar**, que segundo Hockenberry (2014) é “uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta”. Segundo Goldstein (2012), brincar reduz o medo, a ansiedade, o stress e a irritabilidade e consequentemente, promove a calma, a resiliência e a capacidade de adaptação a mudanças, tornando a experiência de hospitalização provavelmente menos traumática. Portanto, é uma estratégia utilizada em contexto hospitalar com objetivos terapêuticos. No SUP onde estagiei existem diversos brinquedos que eram utilizados com este objetivo, mas que durante a pandemia foram abandonados, pela dificuldade de desinfeção.

A pandemia por Covid-19, veio transformar a forma como comunicamos de uma forma geral, devido ao distanciamento físico necessário, e à utilização permanente de máscara facial e equipamento de proteção individual. O enfermeiro especialista necessita desenvolver competências comunicacionais, adequando a comunicação ao estágio de desenvolvimento e capacidade de compreensão a criança ou jovem e família (OE, 2018), que devido ao contexto pandémico implica novos desafios.

### **c) Registo reflexivo sobre o desempenho do trabalho emocional num serviço de urgência pediátrica**

Com a evolução da humanidade, também o conceito de cuidar ou de cuidado se foi alterando ao longo da história. Collière, em 1989, refere que o *cuidar*, promove e mantém a vida da pessoa cuidada, embora não o considerasse específico de uma categoria profissional, mas acessível a qualquer pessoa. Nessa perspetiva, embora *cuidar* não seja um ato exclusivo dos enfermeiros, este é central para a prática de enfermagem (Watson, 1979), sendo uma forma humana de nos relacionarmos com alguém que valorizamos e pela qual nos sentimos responsáveis (Swanson, 1993), sendo o cuidado a “essência da humanidade e primordial para a sobrevivência do ser humano” (Gonzaga e Arruda, 1998 citando Leininger, 1991, p.19).

Segundo Bento (2014), “com Watson passámos a acreditar que a Enfermagem é a profissionalização do cuidar humano e um imperativo ético, garantindo que o outro – que cuidamos -, continua a crescer, ainda que esteja vulnerável, doente, (...)” (p. 114-115), através de uma relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (REPE, 1996). Bento (2014), evidenciando a componente emocional presente em qualquer situação de cuidados, refere, nomeadamente, que

o cuidado profissional é intencional, exige humanismo e altruísmo e sensibilidade humana, passa pela manutenção da fé e esperança, implica relação de ajuda e confiança, promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos, promoção de ambiente protetor e promotor da saúde física e mental (...)” (p. 115),

Vilelas, Diogo, Rodrigues e Almeida (2017), citando Watson (2005), também referem que “a Ciência do Cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas, pois o cuidado constitui um meio de comunicação e expressão de sentimentos humanos (...)” (p. 47), transparecendo a importância que as emoções desempenham nesse cuidar e, conseqüentemente, o desempenho do trabalho emocional como estratégia de gestão emocional, já que “o problema não é a expressão emocional, mas a adequação da emoção e da sua manifestação às circunstâncias, que pode ser benéfica ou prejudicial para o desenvolvimento do indivíduo (...)” (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017, p. 48).

A deslocação a um serviço de urgência constitui-se como uma experiência potencialmente perturbadora não só pela doença, propriamente dita, mas também pela alteração das rotinas habituais da criança e família. Trata-se, portanto, de uma

situação geradora de emoções, habitualmente de conotação negativa, como a ansiedade, que podem conduzir ao desequilíbrio do sistema-cliente. É a necessidade de gerir estas emoções, tanto na criança e família como no próprio enfermeiro, que sustenta a importância do trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015, 2019; Vilelas, Diogo, Rodrigues, & Almeida, 2017). Diogo (2015), citando Smith (1992, 2012), complementa referindo que em enfermagem o trabalho emocional é “(...) de natureza especializada, que tem de ser aprendido da mesma forma que as competências para prestar cuidados físicos” (p. 41).

A hospitalização de urgência é uma das mais traumáticas experiências, em contexto hospitalar, pois não é possível preparar a criança ou jovem e família para esta situação. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), os principais *stressores* associados à hospitalização são a “separação dos pais e entes queridos; medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte” (p. 1026). As reações a estes *stressores* são influenciadas pelas experiências anteriores, pelo desenvolvimento da criança e seus mecanismos de defesa, gravidade do diagnóstico e sistema de suporte (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro, especificamente, o enfermeiro EESIP, pode agir no sentido de transformar positivamente a experiência de hospitalização (Diogo, 2015, 2019), contribuindo “para uma experiência positiva dando armas e ferramentas” (Diogo, 2015, p. 175), aos clientes para que consigam gerir estes *stressores*. Segundo Diogo (2015, p. 175), “os clientes mobilizam os seus recursos internos de autocontrolo, mas podem precisar de ajuda para encontrarem sentido para a experiência e deste modo atenuar a emocionalidade excessiva, funcionando os enfermeiros como recurso em si”.

No SUP onde decorreu o estágio, o turno inicia-se com a distribuição dos vários enfermeiros pelos setores de triagem e Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/Serviço de Observação (UCEP/SO). Os enfermeiros distribuídos na UCEP e SO, iniciam o turno com a passagem de turno. Este momento é importante para a continuidade de cuidados, mas também é um período de tempo utilizado pela equipa de enfermagem para partilharem experiências que, eventualmente, causem alguma preocupação ou desconforto. As passagens de turno quase sempre se iniciavam com “*Correu tudo bem?*”, denotando a preocupação que uns têm, com o bem-estar dos outros. Recordo, nomeadamente, que certo dia, numa das passagens de turno em que se abordava uma situação de negligência, a enfermeira EESIP orientadora



referiu-me “Sabes, ensinam-nos que não nos podemos afetar com o que se passa com os utentes, mas isso é impossível, porque somos todos humanos (...) Falar faz bem porque nos ajuda a fazer o nosso trabalho.” E, neste momento “começa” o trabalho emocional destes enfermeiros, que ao partilharem dúvidas, sentimentos e emoções durante a passagem de turno, estão a desenvolver um trabalho de gestão das suas próprias emoções para conseguirem prestar cuidados. A saudável relação entre os elementos da equipa e o apoio entre colegas, segundo Diogo (2015, 2019), são fatores facilitadores da regulação da disposição emocional para cuidar (**“Regular a sua disposição emocional para cuidar”**). A mesma autora, refere que partilhar o que se sente “leva a uma aprendizagem e crescimento do grupo, porque as pessoas conhecem-se melhor, são mais abertas e compreendem-se (...)” (2015, p. 166). Esta cumplicidade entre os enfermeiros, este laço afetivo entre eles, torna o ambiente de trabalho muito afável e tranquilo, transparecendo nas relações que estabelecem com os clientes (**“Promover um ambiente seguro e afetivo”**) (Diogo, 2015, 2019).

A prestação de cuidados em pediatria não segue as rotinas dos serviços de adultos... os bebés não se acordam, os pais também não, negociam-se cuidados (por exemplo, higiene na manhã ou tarde) e procedimentos de forma a causar o menor dano possível. A observação médica é combinada com os enfermeiros para não se despir duas vezes o bebé ou para não repetir as mesmas perguntas a pais já ansiosos com o internamento... Ao entrar nos quartos, os enfermeiros têm sempre um cumprimento “Olá, bom dia! Dormiste bem, princesinha?”, “E o pai, como passou a noite?”, demonstrando interesse e preocupação não só pela criança, mas também pelo familiar (**“Promover um ambiente seguro e afetivo”**, **“Construir a estabilidade na relação”**, **“Facilitar a gestão das emoções do cliente”**) (Diogo, 2015, 2019). Ao iniciarem o contacto com um cumprimento afetivo, os enfermeiros promovem, nos clientes, um sentimento de “ambiente familiar”, propício à comunicação, facilitando a construção de uma relação de confiança entre a equipa de enfermagem e os clientes.

Todo o serviço está decorado com desenho nas paredes, os corredores são largos e sem obstáculos, com luminosidade natural, as fardas (desde o início da pandemia) são de cor azul-clara, nas televisões estão disponíveis canais de desenhos animados, tornando o ambiente menos hostil para os clientes (**“Promover um ambiente seguro e afetivo”**) (Diogo, 2015, 2019).

Também, na triagem foi possível observar como os enfermeiros promovem um ambiente afetivo. Sendo a triagem o primeiro contacto da criança, do jovem e da sua família com o SUP, ao serem recebidos com um cumprimento como, “Olá, olá”,

*“Que menina(o) lindo!”* (expressão muito utilizada pela enfermeira orientadora) e um sorriso (agora impercetível devido às máscaras), os enfermeiros tornam o ambiente menos “formal”, facilitando a comunicação com os clientes. Este facto, propicia que os pais sintam confiança para expor dúvidas e preocupações. Por exemplo, um pai recorre com a filha de 5 anos ao SUP por um traumatismo, mas pediu aconselhamento sobre as alterações alimentares que devia implementar à filha para controlo do seu peso, demonstrando confiança na equipa de enfermagem.

Em muitas ocasiões os enfermeiros deram as mãos a pais e mães como forma de os tranquilizar e dar apoio, deram colo a bebés para os confortarem, utilizaram o toque na face, no cabelo, no ombro para consolar crianças em idade pré-escolar e escolar, ou utilizaram o humor para se aproximarem dos adolescentes (**“Nutrir os cuidados com afeto”, “Construir a estabilidade na relação”, “Facilitar a gestão das emoções do cliente”**) (Diogo, 2015, 2019). Nas situações em que os mesmos utentes recorrem frequentemente ao SUP, devido a condições de doença crónica, observei outras manifestações de afeto como os abraços ou a troca de desenhos, expressão de maior proximidade entre os enfermeiros e os clientes (**“Nutrir os cuidados com afeto”**) (Diogo, 2015, 2019). Embora o tempo de contacto no SUP seja habitualmente curto, os enfermeiros preocupam-se em estabelecer relações de confiança com estes clientes, contudo as expressões de afeto devido à pandemia são, talvez, mais contidas.

Os enfermeiros lidam diariamente com situações potencialmente geradoras de conflitos. Recordo, o atendimento a uma bebé de 30 dias que recorre ao SUP por quadro de febre com 1 dia de evolução, havendo indicação para preceder a colheita de sangue para análises clínicas. Explicámos todo o procedimento à mãe e a sua importância. A primeira tentativa de punção não obteve sucesso. A mãe começa imediatamente a manifestar sinais de ansiedade, e diz *“Vai picar outra vez porquê? Não chega já?”*, ao que respondi *“Eu sei que custa muito ver fazer isto aos nossos bebés... Também já passei por isso, mas é muito importante para conseguirmos perceber o que se passa com a sua menina. Vou tentar magoá-la o menos possível”*, tentando demonstrar confiança na minha capacidade de executar aquele procedimento, tentando tranquilizar aquela mãe (**“Construir a estabilidade na relação”**) (Diogo, 2015, 2019). Na situação descrita, obtive sucesso à segunda tentativa de punção, no entanto, é importante realçar que um aspeto essencial do desempenho do trabalho emocional consiste no conhecimento das nossas próprias limitações, pessoais ou profissionais, de forma a pedir ajuda a um colega quando não

conseguimos ultrapassar determinada situação (**“Regular a sua disposição emocional para cuidar**) (Diogo, 2015, 2019).

Segundo Vilelas, Diogo, Rodrigues e Almeida (2017), a hospitalização de urgência é uma das experiências mais traumáticas que as crianças podem viver, assim como para os seus familiares. O trabalho emocional desempenhado pelos enfermeiros reveste-se, portanto, de grande relevância já que “promove a gestão das emoções da pessoa cuidada, produz um estado de bem-estar emocional e garante uma atitude de compaixão e presença que promove a humanização dos cuidados de saúde” (Diogo, 2019, p. 8).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015, p. 16662), está explanado que o enfermeiro EESIP deve “(...) minimizar o impacto dos factores stressores relacionados com a experiência da hospitalização (...)”, assim como, facilitar a “comunicação expressiva das emoções”, visando o mais elevado nível de satisfação da criança ou jovem e sua família com os cuidados de enfermagem. Também no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018), se lê que o enfermeiro ESIP “identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (...) aplica conhecimentos e capacidades sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem” (p. 19193), enfatizando a importância da competência emocional do enfermeiro.

## **Referências bibliográficas**

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde
- Bambi, S., Iozzo, P., Rasero, L. & Lucchini, A. (2020). COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care.
- Bento, M. C. (2014). *Posfácio* in Salgueiro, N. (2014). *HUMANITUDE, um imperativo do nosso tempo*. Coimbra: PMP, Lda
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediatr Port*, 1(37), 1-4.

- Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101.
- Collière, M. F. (1989). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Diário da República (2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República, 2a Série*, 119(22 de junho de 2015), 16660-16665.
- Diário da República (2018). Regulamento nº 422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2a Série*, 133(12 de julho de 2018), 19192-19194.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2.ª versão revista), p. 1-20.
- Eichner, J. M., Johnson, B. H., Betts, J. M., Chitkara, M. B., Jewell, J. A., Lye, P. S., Shelton, T. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Goldstein, J. (2012). *Play in children's development, health and well-being*. Bruxelas: Toy Industries of Europe.
- Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança Hospitalizada. 4ª Ed. Maio de 2008. Disponível em [https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf).
- Hockenberry, M.J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed) Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed) Loures: Lusociência.

- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* – volume 1, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Sem cidade: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2a Série*, 133(12 de Julho de 2018), 19192-19194.
- Pontes, AC, Leitão, IMTA, & Ramos, IC (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista brasileira de enfermagem*, 61, 312-318.
- Ramos, AP, & Bortagarai, FM (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista Cefac*, 14, pp. 164-170.
- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro do Enfermeiro. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República*.
- Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: Journal Nursing Scholarships*, 25(4), p. 352-357.
- Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2017). Medos das crianças dos 6 a 12 anos em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional in Diogo, P. (2017). *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Watson, J. (1979). *The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown //
- Watson, J. (2013). *Nursing: The philosophy and science of caring (Revised Edition)*. *Caring in nursing classics: An essential resource*, 243-264.

[www.infopedia.pt](http://www.infopedia.pt), acedido a 1 de Dezembro de 2021

#### Apêndice IV – Atividades de estágio contexto SP



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:  
Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade  
da criança e família nos processos saúde-doença**

**Atividades de Estágio Serviço de Pediatria**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**  
**N.º 9555**



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



**Lisboa**  
**2020**



## **ÍNDICE**

|                                                                                                                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUMÁRIO .....</b>                                                                                                                                               | <b>2</b>  |
| <b>a) O internamento da ana: gerir as emoções aplicando o Modelo TEEP .....</b>                                                                                    | <b>2</b>  |
| <b>b) Identificação dos sinais e respostas de ansiedade nas crianças e nos jovens hospitalizados: contributo para os cuidados de enfermagem especializados ...</b> | <b>9</b>  |
| <b>Referências bibliográficas .....</b>                                                                                                                            | <b>16</b> |

## SUMÁRIO

Um serviço de internamento é aquele que presta “cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas” (Dados.gov.pt, para 1).

A hospitalização de uma criança, mesmo que por curtos períodos, é um acontecimento gerador de *stress*, devido à separação dos pais ou entes queridos, pelo medo do desconhecido, pela perda de controlo e autonomia, pelo medo da lesão corporal, e medo da morte (Sanders, 2014, p. 1026), assim como para os seus familiares. Ora, essa vivência imprime na criança e família, emoções e sentimentos tendencialmente de conotação negativa, tornando o internamento mais difícil de suportar, dificultando o restabelecimento do equilíbrio do sistema-cliente.

Para este contexto de estágio foram planeados como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional dos serviços;
- Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família,
- Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos;
- Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família;
- Prestar cuidados holísticos e individualizados à criança e família durante a hospitalização.

Seguidamente, apresentam-se as atividades realizadas, visando concretizar os referidos objetivos.

### **a) O internamento da ana: gerir as emoções aplicando o Modelo TEEP**

No presente trabalho propus-me descrever uma situação de cuidados vivenciada em contexto de internamento, demonstrando a aplicabilidade do Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019). Importa contextualizar que, o meu estágio decorreu durante a pandemia por Covid-19, período em que os serviços de saúde sofriam reestruturações físicas e de recursos humanos quase diariamente. Este facto motivou que raramente houvesse oportunidade de acompanhar a prestação de cuidados a

determinado cliente, desde a admissão até à alta. No Serviço de Pediatria onde estagiei, privilegiam-se as relações de confiança já estabelecidas entre os enfermeiros e os clientes, pelo que sempre que possível, os enfermeiros prestam cuidados aos mesmos clientes desde a admissão até ao momento da alta. Na situação de cuidados que descrevo em seguida foi possível fazer esse acompanhamento.

Durante o turno da manhã, a equipa de enfermagem foi informada de que iríamos receber no serviço, uma menina de 9 anos de idade, de nome Ana (nome fictício), que havia recorrido ao serviço de urgência acompanhada pela mãe, por odinofagia e edema cervical de agravamento progressivo, apesar de estar sob antibioterapia. Era, então, necessário internar a Ana para realização de exames complementares de diagnóstico para exclusão de abscesso retro faríngeo e vigilância de agravamento dos sintomas. Estava agendada a realização de uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) para a tarde desse dia, sendo necessário cateterizar um acesso periférico para a administração de contraste na TAC, e para antibioterapia endovenosa.

Cerca das 10 horas, a Ana e a sua mãe, chegam ao serviço acompanhadas pela assistente operacional, que as conduz à sala de enfermagem onde a EEESIP e eu, estávamos à sua espera. “Olá, princesa. Bom dia, mãe”, apresentámo-nos, apresentamos os outros colegas na sala, e acompanhamo-las ao quarto onde seriam internadas. Pelo percurso até ao quarto, fomos apresentando o serviço.

A Ana e a mãe ficaram internadas num quarto duplo, mas no momento estavam sozinhas. No quarto, a menina sentou-se na cama, investigando com o olhar todos os pormenores do quarto e a mãe sentou-se ao seu lado. “Que dia difícil não é mãe?”, disse a EEESIP para a mãe. Imediatamente, os olhos da mãe enchem-se de lágrimas, mas num esforço para não chorar em frente à sua menina, diz “bastante enfermeira. Nunca pensei que fosse nada grave... achava que era papeira ou assim... davam-lhe outro medicamento e íamos para casa.” Como a Ana começa a focar a sua atenção na mãe, eu chamo-a com um leve toque no ombro e digo-lhe “Olha como tens de ficar aqui algum tempo, queres ir escolher um jogo ou um brinquedo?”, “Mãe, posso levar a Ana até ali ao pé da nossa sala para lhe mostrar o que temos para brincar”. Enquanto a Ana brincava com uma boneca, explicámos em que consistia o exame, a necessidade de canalizar uma veia periférica, e a preparação necessária para o mesmo.

Era a primeira vez que a Ana estava internada por isso o ambiente era completamente desconhecido. O facto de não ter nenhuma experiência anterior de internamento, foi um fator facilitador para a adaptação à hospitalização, já que não desenvolveu ansiedade por antecipação.

Para a punção venosa, dirigimo-nos à sala de procedimentos, para a aplicação de EMLA®, como estratégia de controlo da dor associada a procedimentos dolorosos, explicando o período de espera e cuidados a ter. Findo esse período, na sala de procedimentos, explicámos o procedimento de punção e a sua importância, numa linguagem que a Ana compreendeu. Na televisão visionavam-se desenhos animados, a mãe estava sentada ao lado da Ana de mão dada. Primeiramente, demonstrei à Ana que já não doía, para que se tranquilizasse, e só depois procedi à cateterização venosa. Por fatores externos ao serviço, houve um grande atraso no exame. A mãe da Ana, apesar das explicações que lhe transmitimos, estava cada vez mais ansiosa, utilizava um tom de voz elevado e apressado, demonstrando sinais de grande inquietação. Verbalizou que da sua perspectiva, o “futuro” próximo da filha dependia deste exame pelo que a expectativa era avassaladora. Demonstrando empatia pela mãe, referi-lhe que compreendia os seus sentimentos pois também havia vivido uma experiência semelhante com o meu filho, contudo, era sobejamente importante para a Ana, que se tranquilizasse, pois, a sua ansiedade podia transmitir-se à filha causando-lhe maior sofrimento.

No dia seguinte, no início do turno, dirigi-me ao quarto da Ana.

A Ana estava ao colo da mãe, com fâcias triste e de lágrimas nos olhos. “Então princesinha, estás com dores?” – perguntei. A mãe responde que a Ana estava a ficar ansiosa e com medo, porque ia ficar ali alguns dias, mas queria ir embora. “*Olha, eu já estive internada. Às vezes ficava com medo, queria ir para casa, mas depois lembrava-me que queria ficar boa e o medo ia embora.*” – respondi-lhe. Depois perguntei-lhe “*olha, e se hoje fossemos escolher um jogo, para jogarmos as duas? Hoje posso ficar mais um bocadinho aqui*”. A pedido da Ana fui buscar um puzzle e fizemo-lo juntas. Vendo a Ana distraída com o jogo, a mãe pede para se ausentar, “*enfermeira preciso muito, sair 5 minutos, falar com o meu marido, combinar como nos vamos organizar, apanhar ar... sei lá*”. Percebi que a mãe precisava de um momento para si, a sós, para se recompor...

A Ana manifestava a sua ansiedade estando inquieta no leito, suspirando, mordiscando o lábio inferior, permanecendo calada mesmo quando abordada e observando tudo o que eu fazia com a máxima atenção (a mãe confirmou que eram

manifestações de ansiedade habituais na Ana). A mãe verbalizava o que sentia, as suas emoções, mas necessitava de se afastar por momentos, distanciando-se do “problema”, para depois lidar com a situação.

No decorrer do internamento, houve a relatar a necessidade de punção venosa quase diária, nem sempre com a possibilidade de aplicação de EMLA, pelo que eram instituídas outras estratégias de gestão da dor, como imaginação guiada, visionamento de desenhos animados e inspiração profunda, ou a utilização de protóxido de azoto. No dia da alta da Ana, estava no serviço, pude despedir-me com um abraço. Com a descrição desta situação pretendo demonstrar que nem só as situações emergentes de vida acarretam sofrimento para a criança e familiares. As emoções envolvidas e a intensidade com que o internamento é vivido é extremamente subjetiva e individual, salientando a importância da competência emocional do enfermeiro.

Como referido, as minhas ações basearam-se nas orientações do Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019). De forma a facilitar a leitura deste trabalho, optei por descrever e organizar as intervenções implementadas junto da Ana e sua mãe, pelas cinco categorias do Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019). Ressalvo que as categorias deste modelo não são estanques, pelo contrário interligam-se e sobrepõem-se entre si pelo que determinada intervenção pode ser exemplificativa de mais do que uma categoria. A opção de apresentação de forma compartimentada prende-se somente com a facilitação da leitura deste trabalho.

Seguidamente, passo a descrever as minhas ações perante a situação de cuidados anteriormente referida, organizada pelas cinco categorias do Modelo TEEP (2015, 2019).

### **Categoria: Promover um ambiente seguro e afetivo**

- ⇒ Bati à porta e questionei se podia entrar;
- ⇒ Perguntei à Ana como gostava de ser chamada; fiz a mesma questão à mãe;
- ⇒ Apresentei-me com maior pormenor (disse o meu nome, expliquei que estava a estagiar naquele serviço);
- ⇒ Perguntei se queriam ir conhecer o serviço. Mostrei-lhes o serviço – o espaço físico é muito iluminado, com cores alegres, muitas pinturas nas paredes que contam uma história;

- ⇒ Demonstrei disponibilidade e tempo para esclarecer dúvidas, preocupações ou necessidades de ambas;
- ⇒ Perguntei se era oportuno a realização da colheita de dados explicando a importância da anamnese para o planeamento dos cuidados;
- ⇒ Utilizei um tom de voz calmo e suave;
- ⇒ Utilizei o humor para aligeirar o ambiente sempre que interagíamos. Também entre a equipa de saúde existia uma abordagem calma e afável;
- ⇒ Cumprimentava-as quando chegava ao serviço e despedia-me no final do turno.

### **Categoria: Nutrir os cuidados com afeto**

- ⇒ Sempre que interagi com a Ana e sua mãe, utilizei um tom de voz suave e tranquilo, utilizando também o humor.
- ⇒ Utilizei o toque como expressão de afeto:
  - À Ana, ofereci a minha mão para que a apertasse quando sentia dor, fiz-lhe festinhas na cabeça para a tranquilizar e usei “Dá cá 5” como reforço positivo quando havia boas notícias, dei-lhe abraços quando se sentia ansiosa ou triste;
  - À mãe, usei o toque no ombro para a confortar nos momentos em que o cansaço a vencia ou quando chorava preocupada com a filha. Utilizei exemplos da minha experiência como mãe para criar uma relação empática, demonstrando disponibilidade para a ouvir.
- ⇒ Sempre que a mãe da Ana precisava de se ausentar eu fazia companhia à Ana, brincava com ela, aproveitava estes momentos para a ouvir e esclarecer dúvidas.

### **Categoria: Facilitar a gestão das emoções do cliente**

- ⇒ Nos procedimentos dolorosos, como a punção venosa, expliquei o procedimento, a sua importância e dei o tempo necessário para que a Ana se preparasse para o procedimento. De forma a sentir que mantinha algum controlo sobre o que lhe estava a acontecer, deixei que escolhe-se a posição (sentada ou deitada) mais confortável para si. No segundo dia de internamento, foi necessário cateterizar outra veia – procedimento difícil no dia anterior – foi

proposto a utilização do protóxido de azoto durante o procedimento, como estratégia de controlo da dor inserida nos cuidados não traumáticos, que ambas aceitaram.

- ⇒ Antes de qualquer procedimento ou exame, forneci a informação adequada, estive disponível para ouvir e esclarecer dúvidas.
- ⇒ Para os procedimentos dolorosos, ofereci a minha mão para as confortar;
- ⇒ Durante o internamento, questionei-a “Como te sentes”, como forma de favorecer a expressão de sentimentos, demonstrando-lhe que a ouvia sem tecer juízos de valor.
- ⇒ Utilizei o reforço positivo, dizendo-lhe “Muito bem, estás a melhorar todos os dias um bocadinho.”
- ⇒ Utilizei a minha experiência pessoal como incentivo, “Eu sou asmática e quando era da tua idade ficava doente muitas vezes, mas depois comecei a tomar a medicação e agora estou bem”, transmitindo-lhe esperança para o futuro. Respeitei as pausas que fazia durante as nossas interações.

### **Categoria: Construir a estabilidade na relação**

Durante o curto internamento da Ana, foi-me sempre possível prestar-lhe cuidados, o que favoreceu o estabelecimento de uma relação de proximidade, facilitadora da expressão de sentimentos tanto da parte da Ana como da sua mãe.

- ⇒ Foi necessário punccionar a Ana, e ambas estavam muito ansiosas com o procedimento. Expliquei todo o procedimento, mostrando-me confiante na minha competência e assegurando que faria tudo para provocar a menor dor possível. Ambas confiaram em mim, e mostraram-se menos ansiosas durante o procedimento.
- ⇒ Num outro turno, a Ana cumpria jejum para a realização de um exame, que por motivos diversos estava atrasado. Já passava cerca de 1 hora da marcação e a mãe da Ana estava a ficar agitada e agressiva verbalmente. Apesar de lhe fornecer explicações acerca da demora, a mãe da Ana estava preocupada por a filha não se alimentar há várias horas. Também a Ana estava impaciente. Foi necessário perceber que não era um ataque pessoal, mas a expressão das preocupações da criança e da mãe. Mantendo sempre um tom de voz calmo e confiante, demonstrei a ambas que compreendia a sua revolta, e assegurei que a Ana iria fazer o exame assim que possível, explicando, novamente, o motivo

- do atraso. A mãe compreendeu, chegando a dizer “*Eu sei que a culpa não é sua. Desculpe.*” (sic). Ofereci à Ana, livros e jogos como forma de distração;
- ⇒ Nos períodos em que a mãe da Ana se ausentava, para, nas suas palavras “arejar as ideias” (sic), reforcei junto dela que não havia mal nenhum em fazer estas “pausas” e que a Ana estava segura e confortável. A mãe chegou a verbalizar que confiava nos cuidados que eram prestados à filha, dizendo “*Eu sei que vocês tratam bem da minha filha*” (sic).

### **Categoria: Regular a sua disposição emocional para cuidar**

- ⇒ Numa ocasião em que a mãe da Ana se tornou agressiva pela demora na realização de um exame, percebi que não era um ataque pessoal. Pedi ajuda à EEESIP para saber o motivo da demora e assim puder dar uma explicação à Ana e sua mãe, de forma a tranquilizá-las. Após esta situação, não transportei para a relação sentimentos de revolta para com as clientes pois, percebi que se tratou de um acontecimento circunscrito a uma situação específica;
- Conversei com a EEESIP sobre a forma de gestão desta situação de conflito, de forma que não a entendesse como um ataque pessoal.

Assim, julgo ter demonstrado a aplicabilidade do modelo TEEP a uma situação de cuidados, utilizando as emoções enquanto instrumento terapêutico, visando tornar a hospitalização uma experiência menos traumatizante. Diogo (2015), refere nomeadamente, que os enfermeiros “utilizam intencionalmente a emocionalidade dos clientes e dos próprios, para influenciar positivamente a experiência de doença e hospitalização, os relacionamentos e o cuidar, promovendo o alívio do sofrimento e o incremento do bem-estar” (p. 219).

### **b) Identificação dos sinais e respostas de ansiedade nas crianças e nos jovens hospitalizados: contributo para os cuidados de enfermagem especializados**

A ansiedade pode ser descrita como um sentimento de apreensão, medo e angústia (Royal College of Nursing, 2014), como preocupação excessiva com o futuro que incute tensão ou *stress* (Wauthia et al., 2019), ou ainda como “um sentimento



vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho” (Castillo et al., 2000, p.20), mantendo-nos num estado de alerta para lidarmos com ameaças ou situações de perigo (Perosa, Silveira, & Canavez, 2008).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE), a ansiedade é definida como uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (Ordem dos enfermeiros (OE), 2015, p. 40), isto é, resposta emocional à antecipação de uma ameaça futura, que causa desconforto e cria expectativas negativas à pessoa (American Psychiatric Association, 2013; Dias, 2015).

Goleman (2011), considera a ansiedade e o medo, emoções da mesma família, pelo que são muitas vezes nomeadas com o mesmo significado. Por este motivo, é pertinente distingui-las.

A emoção medo, segundo a American Psychiatric Association (APA) (2013, p. 189) é a resposta emocional a uma ameaça real iminente, que resulta em pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga. Um aspeto diferenciador em relação à ansiedade é, que no caso desta, a ameaça pode ainda não estar presente, mas desencadear a mesma resposta ou, após uma situação ameaçadora, a ansiedade tende a prolongar-se no tempo, para além do desejável ou necessário para responder a essa ameaça.

Durante a hospitalização, os clientes são expostos a *stressores*, que podem desencadear como resposta emoções de conotação negativa (Diogo, 2015), como a ansiedade. Nesta situação, os *stressores* a que a criança é exposta são, a separação dos pais, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor, podendo estes manifestar-se antes da admissão, durante ou após a alta (Sanders, 2014), potencializados pelo conceito de doença que a criança possui, mas também os seus familiares.

A ansiedade dita “normal” é de “curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento” (Castillo et al., 2000, p. 20), enquanto a ansiedade considerada patológica é desproporcional em relação ao estímulo que a desencadeou ou interfere na qualidade de vida ou conforto emocional da pessoa (Castillo et al., 2000). A manutenção de estados ansiogénicos por períodos prolongados pode ter efeitos nocivos na qualidade de vida das pessoas em qualquer fase da vida, sendo este efeito mais preocupante em relação a crianças e jovens uma vez que, pode condicionar o seu desenvolvimento (Perosa, Silveira, & Canavez, 2008; Fernandes et al., 2014). Assim, a identificação e gestão da ansiedade na criança e jovem reveste-se de grande relevância na prestação de cuidados em enfermagem pediátrica, já que é competência

do enfermeiro especialista, a garantia de um ambiente terapêutico e seguro e, mais especificamente, é competência do EEESIP a promoção do desenvolvimento da criança e jovem (DR, 2018), pelo que reconhecendo antecipadamente prováveis obstáculos a esse desenvolvimento, o EEESIP pode implementar intervenções que visem a sua resolução.

Durante o meu estágio no serviço de internamento de Pediatria, foi-me possível observar crianças e jovens de diversas idades relativamente às manifestações de ansiedade, durante o período de hospitalização que, como já referido, os expõe a situações potencialmente geradoras de sentimentos e emoções de conotação negativa, nos quais se inclui a ansiedade. Foi-me também possibilitada a oportunidade de, por meio de conversas informais, questionar os familiares relativamente aos sinais mais frequentes de ansiedade que observavam nas suas crianças e jovens. Assim, reuni informações junto de 3 mães de bebés, com idades compreendidas entre os 6 e os 8 meses; 2 mães de crianças com 3 e 4 anos; 2 mães de crianças com 7 e 11 anos e 2 mães de jovens com 16 e 17 anos de idade. Não foi possível conversar com os pais já que devido às restrições impostas pelo contexto pandémico, não era possível visitarem os seus filhos diariamente. Pude, ainda, abordar diretamente uma criança com 11 anos e uma jovem de 16 anos, quanto ao que sentem quando estão ansiosas e quais os procedimentos, no internamento, que lhes causam maior ansiedade. Das observações efetuadas e das informações reunidas através de familiares, da EEESIP, assim como da restante equipa de enfermagem, elaborei este documento onde descrevo as manifestações de ansiedade mais frequentemente observadas nas crianças e jovens internados no serviço de pediatria.

Foram realizadas algumas transcrições das respostas reunidas que se apresentam entre aspas e em *itálico*.

#### Lactentes com idades compreendidas entre os 6 e os 8 meses:

Por meio de uma conversa informal, questionei estas mães relativamente à identificação de sinais de ansiedade nos seus bebés e quais as situações que lhes pareciam despoletar este tipo de reação. Todas responderam que não asseguravam se o que observavam nos seus filhos eram manifestação de ansiedade, mas que durante procedimentos dolorosos era difícil consolar os seus filhos, sendo necessário mais tempo para os acalmar, para “*deixar de chorar*”. Também, após manipulações mais demoradas, referiam que os seus filhos pareciam mais desconfortáveis. Numa

destas ocasiões, em que uma mãe referiu achar o seu bebé “desconfortável” (expressão utilizada pela mãe), pude avaliar parâmetros vitais, objetivando-se um ligeiro aumento da frequência cardíaca relativamente a avaliações anteriores.

#### Crianças com 3 e 4 anos:

A criança de 3 anos tinha sido internada pela primeira vez. Sempre que entrava no quarto parecia muito desconfortável com a minha presença, deixava de brincar e fixava o olhar em mim e no que eu fazia, chegava-se para trás na cama, “choramingava”, chamava a mãe e agarrava-se a ela. Das vezes que entrei no quarto, em nenhuma ocasião foi para realizar procedimentos dolorosos nem estive presente quando os realizaram. Para a mãe, este comportamento era interpretado como uma reação de medo, *“faz isso quando está com medo, agarrar-se a mim e assim”* (sic). Interpretei o comportamento da menina como uma manifestação de ansiedade, uma vez que, conforme o exposto anteriormente, o comportamento da menina parecia demonstrar a antecipação a uma ameaça que não era real naquele momento.

Uma outra criança, de 4 anos, estava já internada há vários dias, mas, entretanto, houve um agravamento do seu estado de saúde, pelo que, foi necessário monitorizá-la. Ouvi-a diversas vezes pedir à mãe para a deixar levantar, *“mãe, quero ir embora”*. Questionada diretamente, a menina referia que não sabia o porquê de estar ali “presa”, *“não quero mais”*, dizia com os olhos cheios de lágrimas, apertando firmemente o seu peluche preferido. A mãe descrevia-a como *“mexe-se muito na cama, está sempre às voltas... mesmo para dormir”*, mas também, *“quando entram (os enfermeiros) aqui encolhe-se toda na cama mesmo que venham falar com os outros meninos”*. À minha observação, a criança estava cada vez mais inquieta, chorava durante mais tempo após os procedimentos dolorosos (punções venosas), era difícil consolá-la, mesmo depois de todos sairmos do quarto. Como estava monitorizada foi possível observar, um ligeiro aumento da frequência cardíaca e tensão arterial, relativamente a turnos anteriores, que tendencialmente se prolongava no tempo. Para a mãe, o facto de estar inquieta no leito era o sinal mais evidente e frequente de que a filha se sentia ansiosa.

#### Crianças com 7 e 11 anos:

A criança de 7 anos quando questionada sobre o que era a ansiedade disse não saber, mas conhecia o que era o medo. Disse *“quando tenho medo respiro muito rápido e quero fugir”*. Depois perguntei se existia alguma coisa que lhe provocasse

medo, tendo respondido que eram “as picadas”. Neste momento a mãe refere que não lhe podia dizer quando ia ser vacinado, porque começava a chorar em casa, a pedir para não ir – segundo os autores consultados, este comportamento traduz ansiedade já que ainda não está na presença da ameaça, mas por antecipação, já manifesta sinais de ansiedade.

A criança de 11 anos, disse saber o que era ansiedade, dando como exemplo o que sentia antes de fazer os testes na escola. Referiu como sintomas de ansiedade, “a barriga dói-me um bocadinho, fico com o coração a bater rápido e a respirar mais”.

Ao questionar as mães quanto aos sinais de ansiedade que observavam nos filhos, acrescentaram “muito irrequieta o que não é habitual nela”, “parece que respira mais rápido, fica ofegante”, “mexe no cabelo, enrola com o dedo”, “morde o lábio”, “fica mais calado”, “transpira muito”.

Pareceu-me, ainda relevante, questionar as mães quanto aos seus próprios sentimentos em relação ao internamento, já que segundo Parentau et al. (2020), os pais desempenham um papel muito importante na regulação das respostas emocionais dos filhos ao stress e ameaças. A mesma autora refere que as crianças olham para seus pais procurando sinais de que o ambiente ou determinado estímulo com o qual estão interagindo é seguro ou potencialmente perigoso, concluindo que a presença dos pais influencia o sentimento de controlo das crianças sobre seu ambiente e sobre o seu estado emocional. Assim, pais mais ansiosos tendem a transmitir aos seus filhos sensações de insegurança ou perigo, potencializando a ansiedade da criança. Alguns autores descrevem este fenómeno como “ansiedade de contágio”.

Tanto a mãe da criança de 7 anos como a de 11 anos referiram que não esperavam que os seus filhos estivessem tão doentes e que só perceberam a gravidade da situação quando lhes foi comunicada a necessidade de internamento. Uma das mães referiu que se sentiu “sem ar” por momentos, mas percebeu que precisava de se acalmar porque viu a sua filha com os olhos cheios de lágrimas “tenho de ser forte por ela... Preciso fazer o que for preciso para que ela esteja calma e tranquila” (sic). Ambas referiram que a disponibilidade demonstrada pela equipa de enfermagem lhes servia de apoio e que as tranquilizava.

#### Adolescentes com 16 e 17 anos:

Abordei 2 jovens, iniciando a conversa questionando se sabiam o que era a ansiedade e se já haviam experienciado essa emoção. Ambos responderam

afirmativamente. Quanto ao que sentiam quando estavam ansiosos, relataram sintomas como “*o coração a bater muito rápido*”, “*falta de ar*”, “*palmas das mãos suadas*”, “*às vezes sinto-me a corar*”, inquietação, “*dificuldade em estar quieto no lugar*”, “*vontade de me afastar, ir embora*” (sic). Ambos, referiram os procedimentos dolorosos como geradores de elevada ansiedade, mas também, a incerteza quanto à sua saúde (quando poderiam ter alta e se podiam voltar a viver a sua vida como antes).

Noutro momento, abordei as suas mães relativamente à sua perceção quanto às manifestações de ansiedade que observavam nos seus filhos. As respostas foram “*parece que fica com a voz trémula*”, “*começa a enrolar o cabelo*”, “*fala pouco, fica calada*”, “*mexe constantemente nalguma coisa, não consegue estar quieto*”, “*isola-se mais no quarto*”. Referindo que já se haviam apercebido de alguns destes sinais desde que estavam internados, principalmente associado a algum “*tratamento ou resultado de exame*” (sic).

A equipa de enfermagem gere diariamente a ansiedade das crianças ou jovens e seus familiares, pelo que me pareceu de grande relevância questionar a EEESIP orientadora quanto às situações de cuidados que causam maior ansiedade e manifestações mais frequentes (fisiológicas, comportamentais), as estratégias utilizadas para a sua gestão e resultados obtidos, mas também, acerca da relevância de efetuar registos de enfermagem que incluíssem a ansiedade como foco, assim como, as intervenções de enfermagem implementadas.

Segundo a EEESIP, as situações de cuidados, no internamento, que causam maior ansiedade são aquelas que envolvem procedimentos dolorosos, como as punções venosas. Referiu, ainda, a notícia da necessidade de internamento como um momento gerador de ansiedade nos clientes. A EEESIP referiu várias estratégias que permitem diminuir a ansiedade dos clientes, como técnicas de relaxamento, técnicas de distração, o brincar, os jogos, os desenhos animados, a música, mas também, as expressões de afeto pelas crianças ali internadas, foram referidas como essenciais à gestão emocional. Nos jovens a utilização do humor e a demonstração de disponibilidade, foram também referidos como fundamentais. Contudo, enfatizou que, nenhuma destas estratégias produz resultados benéficos, sem uma comunicação, clara, honesta e objetiva com os clientes, pois na sua opinião, é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa de enfermagem e os clientes. Verbalizou ser de vital importância nunca mentir às crianças e jovens, nem

omitir informações. Por exemplo, *“se vai doer nunca podemos dizer que não dói, porque aí estamos a mentir, e essa criança nunca mais vai confiar em nós. Vamos é ajudá-los a viver essa situação da melhor forma possível, utilizando todas estratégias disponíveis - farmacológicas e não farmacológicas – para terem menos dor”*.

Como manifestações mais frequentes de ansiedade nas crianças e jovens, observadas pela EEESIP referiu, o sono agitado ou dificuldade em adormecer (potencializado pelo ruído habitual de uma enfermaria), a agitação ou inquietação, a sudorese ou sensação de lipotimia (associada aos procedimentos), o choro (crianças mais novas), o distanciamento ou evitamento (crianças mais velhas e adolescentes), roer as unhas, preocupação excessiva com pormenores (por exemplo, perguntar várias vezes a hora das análises ou de um exame) e as mudanças de humor repentinas (nos adolescentes).

As manifestações identificadas pela EEESIP, são também referidas na literatura como sinais e sintomas de ansiedade, sendo agrupados por manifestações físicas e emocionais ou comportamentais. São exemplos de manifestações físicas, as alterações do padrão de sono, o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, cefaleia, náuseas e vômitos, dor abdominal, sensação de “borboletas na barriga” e alterações intestinais (Wauthia et al., 2019; Royal College of Nursing, 2014). Como manifestações emocionais ou comportamentais, são exemplos, o choro, o distanciamento ou evitamento, roer as unhas, morder o lábio ou enrolar o cabelo, a preocupação excessiva, as mudanças de humor repentinas, verbalização de perda de controlo e pessimismo, a inquietação e o nervosismo (Wauthia et al., 2019; Royal College of Nursing, 2014).

Para além dos sinais e sintomas anteriormente descritos, Paul Ekman (1996) defende que a ansiedade pode ser identificada através de expressões faciais, já que as emoções são “respostas afetivas pré-programadas evolutivamente, expressas e reconhecidas de modo semelhante por toda a espécie” (Costa-Vieira & Souza, 2014, p. 119). Pela observação da expressão facial pode inferir-se qual o estado emocional da pessoa, pois são expressões faciais universalmente reconhecidas, a alegria, a tristeza, a raiva, o medo, a surpresa e o nojo ou aversão (Ekman, 1996; Goleman, 2011; Costa-Vieira & Souza, 2014). As seis emoções referidas são consideradas como emoções básicas que todos reconhecemos de forma inata e constituem as seis famílias de emoções; a ansiedade é considerada como uma emoção secundária, aprendida durante o desenvolvimento através da socialização, e que se inclui na família da emoção medo (Ekman, 1996; Goleman, 2011).

A expressão facial demonstra, de forma instantânea, a emoção sentida e a sua intensidade, pelo que é muito difícil ser manipulada (Ekman, 1996; Ekman, 2003, Freitas-Magalhães & Ekman, 2008; Freitas-Magalhães, 2013). A expressão facial é analisada pelos movimentos das sobrancelhas, dos olhos e da boca no que respeita à amplitude, simetria e intensidade. Quando sentimos ansiedade, a nossa face demonstra essa emoção através da elevação das pálpebras superiores, as pálpebras inferiores ficam tensas, as sobrancelhas assumem uma posição oblíqua e elevada (Ekman, 2003), o queixo descai e a boca abre-se horizontalmente (Freitas-Magalhães & Ekman, 2008; Freitas-Magalhães, 2013). Também, a postura corporal pode indicar ansiedade. Nesta situação observa-se o corpo curvado e encolhido, os braços tendem a estar sobre o peito e os membros inferiores e/ou as mãos estão trémulas (Ekman, 2011; Braz, 2013).

Pelo exposto, percebe-se que há uma preocupação crescente em identificar manifestações de ansiedade nas crianças e jovens hospitalizados, pois, como referido, experiências intensas de ansiedade no internamento podem contribuir para problemas físicos e emocionais dos clientes, aumentando o sofrimento e desconforto dos mesmos. No entanto, nem sempre os registos de enfermagem traduzem esse esforço da equipa em identificar, apoiar e gerir a emocionalidade dos clientes. Tal como verbalizado pela EEESIP, não é prática habitual a identificação da ansiedade como foco dos cuidados, mas antes, surge associada a outros focos identificados. Porém, a equipa de enfermagem regista em notas livres a experiência emocional vivenciada pelos clientes, assim como, as intervenções implementadas e os resultados obtidos. Também, as passagens de turno, serviam para a equipa discutir estas questões, de forma que toda a equipa adotasse as mesmas estratégias de gestão emocional.

Concluindo, existem formas de identificar sinais e sintomas de ansiedade nas crianças e jovens hospitalizados, mesmo nas crianças mais novas. Neste documento, descrevo manifestações físicas, comportamentais e emocionais que os clientes podem demonstrar, assim como, a expressão facial e postura corporal que podem indicar ansiedade. Os enfermeiros capacitados para identificar o estado emocional dos clientes, conseguem instituir mais precocemente estratégias de gestão emocional que transformam a hospitalização numa experiência mais positiva, prevenindo estados ansiosos potencialmente perturbadores para o desenvolvimento das crianças e jovens que cuidam.

## Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Braz, M. R. O. B. (2013). Expressão facial da emoção: instrumento para a avaliação de qualidade de vida. Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Licenciado em Criminologia. Porto: Universidade Fernando Pessoa
- Castillo, A. R. GL, Recondo, R., Asbahr, F. R. & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22(II), p. 20-23.
- Costa-vieira, H. A., Souza, W. C. (2014). O reconhecimento de expressões faciais e prosódia emocional: Investigação preliminar em uma amostra brasileira jovem. *Estudos de Psicologia*, 19(2), p. 119-127.
- Diário da República (2018). Regulamento nº 422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2a Série*, 133(12 de julho de 2018), p. 19192-19194.
- Dias, F. de F. V. (2015). A ansiedade Infantil: vulnerabilidades da criança e influências dos pais. Tese de doutoramento Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA).
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 16(1), p. 62-67.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2.ª versão revista).
- Ekman, P. (1996). A lingua franca of facial expressions. *Demos Quarterly*, 10, p. 37-38.



- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed. Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. 1ªed., Time Books: Canada.
- Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion review*, 3(4), p. 364-370.
- Fernandes, L. F. B., Alckmin-Carvalho, Felipe, Izbicki, Sarah & Melo, M. H. S. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), p. 83-89.
- Freitas-Magalhães, A., & Ekman, P. (2008). Expressão facial: o reconhecimento das emoções Básicas em dependentes de Heroína. estudo empírico com portugueses. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 5, p. 296-301.
- Freitas-Magalhães, A. (2013). *A Psicologia das Emoções. O fascínio do rosto humano.*, FEELab Science Books: Porto.
- Goleman, D. (2011). *Inteligência emocional. A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Ordem dos enfermeiros. (2015). CIPE Versão 2-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Loures: Lusodidacta.
- Parenteau, A. M., Alen, N. V., Deer, L. K., Nissen, A. T., Luck, A. T., & Hostinar, C. E. (2020). Parenting matters: Parents can reduce or amplify children's anxiety and cortisol responses to acute stress. *Development and Psychopathology*, 32(5), p. 1799-1809.
- Perosa, G. B., Silveira, F. C. P. & Canavez, I. C. (2008). Ansiedade e depressão de Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. *Psicologia: Teoria e Prática*, 24(1), p. 29-36.
- Royal College of Nursing (2014). *Mental health in children and young people: An RCN toolkit for nurses who are not mental health specialists*. Royal College of Nursing: London.
- Sanders, J. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. in Hockenberry, M.J., Wilson, D. (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 2, Chap. 26, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Wauthia, E., Lefebvre, L., Huet, K., Blekic, W., El Bouragui, K. & Rossignol, M. (2019). Examining the Hierarchical Influences of the Big-Five Dimensions and Anxiety Sensitivity on Anxiety Symptoms in Children. *Frontiers in Psychology*, 10(1185), p. 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01185

<https://dados.gov.pt/pt/datasets/atividade-de-internamento-hospitalar-1/>, acedido a 17/11/2021

## Apêndice V – Atividades de estágio contexto USF



**Mestrado em Enfermagem**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:  
Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade da  
criança e família nos processos saúde-doença**

**Atividades de Estágio Unidade de Saúde Familiar**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**

**N.º 9555**

---

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

---

**Lisboa**

**2020**

## ÍNDICE

|                                                       |           |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUMÁRIO .....</b>                                  | <b>2</b>  |
| <b>a) Guia para um desenvolvimento saudável .....</b> | <b>3</b>  |
| <b>Bibliografia .....</b>                             | <b>29</b> |

## SUMÁRIO

Cuidados de Saúde Primários são considerados como cuidados globais à pessoa, família e comunidade, de acordo com as necessidades de vida ao longo do ciclo vital, assegurando a promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também tratamento e reabilitação, nomeadamente na área dos cuidados paliativos. Este conceito de cuidados surge no âmbito do reconhecimento de que “todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo (...) cuidados médicos (...)” (Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem citado por WHO, 2021, para. 4).

A prestação de cuidados de saúde primários visa satisfazer as necessidades dos indivíduos em termos de saúde, tendo em conta determinantes como fatores sociais, económicos e ambientais, que comprometem verdadeiramente os resultados em saúde. Assim, os enfermeiros prestam “cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão e reabilitação de doenças” (OE, 2020). Relativamente, à vigilância da saúde infantil e juvenil em contexto de cuidados primários, incide na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, promoção de comportamentos promotores de saúde, deteção de situações de risco (maus tratos, negligência, abusos), prevenção de acidentes, cuidados antecipatórios, promoção da vinculação e da parentalidade, cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), tratamento, acompanhamento ou reabilitação de crianças, jovens e família com situações de doença.

Para este contexto de estágio foram planeados como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional dos serviços;
- Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família,
- Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos;
- Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família;
- Prestar cuidados à criança, jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários.

Seguidamente, apresenta-se a atividade realizada, com o título “Guia para um desenvolvimento saudável”, elaborado sob a forma de livro seriado, visando concretizar os objetivos delineados.

a) Guia para um desenvolvimento saudável



## 1 - 12 meses



**Entre o 1º e 2º mês, o seu bebé**

- Imita sons, sorri e responde com sorrisos
- Reconhece a voz dos pais e vira-se na sua direção
- Tem as mãos muitas vezes abertas
- Fixa a face de quem o alimenta
- Está mais tempo acordado
- Começa a interessar-se por objetos



**Ao 4º mês, o seu bebé**

- Segura a cabeça quando está de barriga para baixo
- Fixa o olhar sem pestanejar
- Não gosta de estar sozinho
- Brinca com as mãos (abertas), e leva os brinquedos até à cara
- Segue objetos próximos (20 cm), segue sons e vira-se na sua direção
- Chora/grita quando tem fome e ri-se quando está satisfeito
- Está mais tempo acordado
- Demonstra mais interesse no que se passa à sua volta



**Ao 6º mês, o seu bebé**

- Controla a cabeça e fica sentado, quando apoiado (por exemplo, almofadas)
- Rebola
- Vocaliza, ri-se e dá gargalhadas
- Tem mais interesse por brinquedos, seguros e leva-os à boca
- Está mais interessado no ambiente à sua volta: explora, é mais ativo



**Ao 9º mês, o seu bebé**

- Sentase sem apoio, gatinha
- Muda da posição sentado para se deitar com facilidade
- Agarra-se à mobília
- Presta mais atenção às pessoas
- Segura no copo para beber
- Responde ao nome, acena e bate palmas
- Emite sons para se exprimir
- Estranha os desconhecidos
- Aponta com o dedo indicador
- Atira objetos ao chão, procura o objeto que cai e pega nele



**Ao 12º mês, o seu bebé**

- Sentase com equilíbrio, gatinha e põe-se em pé
- Agarra-se à mobília para tentar andar
- Sabe 3 a 5 palavras
- Reconhece ordens simples ("Dá cá")
- Compreende nomes de alguns objetos e nomes de pessoas ou animais
- Identifica 2 partes do corpo (nariz, olhos)

(PNSIJ, 2013; OE, 2010) 2

### Recém - nascido a 3 meses

Como estimular o desenvolvimento do seu bebê:

| Recém-nascido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 mês                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Falar e cantar para o bebê, chamar o bebê pelo nome</li><li>• Falar olhando nos olhos, encostado ao peito</li><li>• Falar sobre tudo o que fizer (por exemplo, vestir-se, lavar as mãos)</li><li>• Com o bebê acordado fazer caretas</li><li>• Brincar com bola vermelha, a 20 cm, e movimentá-la para cima/baixo e direita/esquerda</li><li>• Oferecer o indicador para que o bebê o agarre com as mãos</li><li>• Massajar o bebê suavemente (máx. 20 min)</li><li>• Limitar estímulos e visitas</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Movimentar e pendurar objetos coloridos perto do rosto do bebê, a mais de 20 cm</li><li>• Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música</li><li>• Falar com carinho, tocar e embalar</li><li>• Massajar o bebê suavemente (máx. 20 min)</li><li>• Limitar estímulos e visitas</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Falar, usar a mímica do rosto</li><li>• Imitar sons</li><li>• Ouvir música suave com o bebê</li><li>• Cantar e dançar, em ritmo suave, com o bebê ao colo</li><li>• Mudar o bebê de posição</li><li>• Levantar o bebê devagar pelas mãos, como se o fosse sentar</li><li>• Oferecer objetos para segurar, pendurar objetos para que o bebê os siga</li><li>• Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar o bebê chorar desenfreadamente</li></ul> |

(PNSIJ, 2013; OE, 2010)

3

### Sugestões de atividades

#### Recém-nascido - 3 meses

- ✓ Fale com o bebê (diga o que está a fazer como se estivesse a conversar com ele – “agora vou vestir -te este casquinho porque está frio!”);
- ✓ Faça caretas, emite expressões faciais
- ✓ Cante, faça sons novos, faça música com objetos como painéis e talheres
- ✓ Leia livros, conte histórias e lengalengas
- ✓ Introduza brinquedos com cores vivas, com diferentes texturas e sons, com algum tipo de movimento (por exemplo, rodas)
- ✓ Incentive a criança a passar os brinquedos de uma mão para a outra
- ✓ Aproveite o tempo de brincadeira para o colocar de barriga para baixo e deixe-o explorar (esta posição nunca deve ser utilizada para dormir)

(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013; OE, 2010)

4



## 6 - 12 meses

### Como estimular o desenvolvimento do seu bebê:

| 6 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar brinquedos coloridos e adequados (estimular a passar o objeto de uma mão para a outra)</li> <li>• Sentar o bebê com apoio</li> <li>• Colocar o bebê num tapete e incentivar a deslocar-se rolando</li> <li>• Imitar sons</li> <li>• Incentivar para que diga sons novos</li> <li>• Conversar e dançar com o bebê</li> <li>• Definir e manter limites estabelecidos (elemento forte de aprendizagem)</li> <li>• Não entrar em conflito durante a refeição</li> <li>• Massajar o bebê suavemente (4x. 20 min)</li> <li>• Manter ritual para dormir</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar objetos em cima de uma cadeira (incentiva a colocação de pé)</li> <li>• Chamar os objetos pelos nomes</li> <li>• Ensinar a colocar objetos fora/dentro de uma caixa</li> <li>• Oferecer papel para amassar e rasgar, deixar experimentar diferentes texturas</li> <li>• Oferecer 2 objetos para a mão e posteriormente 3, deixando que ele "resolva o problema"</li> <li>• Brincar às escondidas, tapa/destapa os brinquedos</li> <li>• Ser firme e temo no "não"</li> <li>• Bater palmas, acenar...</li> <li>• Massajar o bebê suavemente (4x. 20 min)</li> <li>• Imitar sons, fazer mímica e pedir para a criança imitar</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reagir com calma e firmeza às birras</li> <li>• Não entrar em conflito na hora da refeição</li> <li>• Estimular as tarefas/ordens simples dar estímulo positivo após a realização destas.</li> <li>• Dar vários objetos para as mãos</li> <li>• Falar sobre as separações com antecedência e cumprir as promessas</li> <li>• Evitar pressões para o controlo esfincteriano</li> <li>• Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido (mesmo que não saiba o que ela quer)</li> <li>• Estabelecer regras e limites</li> <li>• Manter os rituais do sono</li> </ul> |

(PNSU, 2013; OE, 2010)

5

## Sugestões de atividades

### 6 - 12 meses

- ✓ Fale com o bebê, faça caretas, emite expressões faciais
- ✓ Dance com o bebê ao colo
- ✓ Cante, faça sons novos, faça música com objetos como panelas e talheres
- ✓ Estimule o alcance das coisas deitado ou sentado (6 meses)
- ✓ Incentive a bater palminhas
- ✓ Leia livros, conte histórias e lengalengas
- ✓ Brinque ao "esconde-esconde" com os brinquedos (esconde o brinquedo à sua frente e deixa que o procure) (9 meses)
- ✓ Estimule a duplicação de sílabas (mama, papa)
- ✓ Cerca dos 12 meses, pode também:
  - Utilizar brinquedos de puxar ou empurrar
  - Estimular a linguagem mesmo que incompreensível
  - Incentivar a utilização da "pinça" (polegar e indicador) para apanhar objetos
  - Mostrar fotografias de familiares e identificar as pessoas

(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSU, 2013)

6

## 15 - 18 meses

### 15 meses

- Dá passos sozinho, com os pés afastados e os braços levantados
- Levanta-se sozinho com pouca ajuda
- Consegue agarrar objetos pequenos faz pinça
- Constrói torre com 2 cubos depois de ver fazer
- Faz rabiscos
- Começa a usar a colher
- Identifica e diz partes do corpo num boneco (olhos, nariz...)
- Cumpre ordens simples ("dá cá", "não mexe")
- Comunica por vocalizações, repete algumas palavras
- Atira os brinquedos ao chão para brincar ou como forma de lidar com a rejeição
- Auto-exploração (partes do corpo)
- Não gosta de ser contrariado
- Pode dizer que tem a fralda suja
- Imita o adulto
- Tenta realizar tarefas com eficácia e certifica-se que está a ser observado
- Curioso com o ambiente



### 18 meses

- Anda bem, apanha brinquedos do chão
- Constrói torre de 3 cubos
- Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão
- Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez
- Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais
- Identifica os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos
- Bebe por um copo sem entomar muito, usa as 2 mãos
- Segura a colher e leva alimentos à boca
- Não gosta que lhe peguem
- Exige muita atenção
- Indica necessidade de ir à casa de banho
- Começa a copiar atividades domésticas



(PNSIJ, 2013; OE, 2010) 7

## 15 – 18 meses

### Como estimular o desenvolvimento da criança:

| 15 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 18 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a realização de tarefas/ordens simples e dar estímulo positivo</li> <li>• Imitar sons de animais/objetos fazendo mimica pedindo para a criança imitar</li> <li>• Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando, mesmo que saiba o que ela quer</li> <li>• Fazer jogos de «encaixe» com várias formas diferentes</li> <li>• Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo (olhos, nariz...)</li> <li>• Incentivar o convívio (aprendizagem através da imitação)</li> <li>• Diminuir fontes de confronto com o cuidador</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se</li> <li>• Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco</li> <li>• Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, para estimular a destreza manual e a área sensorial</li> <li>• Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela</li> <li>• Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha</li> <li>• Continuar a incentivar o convívio</li> <li>• Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar</li> <li>• Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança</li> </ul> |

(PNSIJ, 2013; OE, 2010) 8

### Sugestões de atividades

#### Aos 15 meses:

- ✓ Identifique e associe imagens a sons e palavras (por exemplo, pode utilizar um livro e perguntar “onde está o cão?” e esperar que a criança o identifique; faça o mesmo com os sons, “onde está o animal que faz ão-ão?”)
- ✓ Brinque a jogos de imitação (dê de comer ao boneco e espere que o seu filho imite)
- ✓ Leia livros, conte histórias e lengalengas (estimula a aquisição de vocabulário)
- ✓ Ouça música com a criança, dance e cante

#### Aos 18 meses:

- ✓ Deixe a criança fazer “rabiscos”
- ✓ Dê-lhe materiais para explorar (marcadores, canetas, tintas, amarrotar papel) e em diversas cores
- ✓ Brinque a vestir e despir os bonecos, com legos para estimular a coordenação
- ✓ Dê-lhe brinquedos de encaixe (formas geométricas), ou brinquedos de empilhar (cubos, legos)
- ✓ Brinque às escondidas
- ✓ Ouça música com a criança, cante e dance

(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSJ, 2013)

9

## 2 – 3 anos

### 2 anos

- Corre
- Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau
- Constrói torre de 6 cubos
- Imita rabisco circular
- Gosta de ver livros
- Vira uma página de cada vez
- Diz o primeiro nome
- Fala sozinho(a) enquanto brinca
- Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas
- Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares
- Nomeia objetos
- Coloca o chapéu e os sapatos
- Usa bem a colher
- Bebe por um copo sem entornar



### 3 anos

- Tem equilíbrio momentâneo num pé
- Sobe escadas alternadamente
- Desce com os dois pés no mesmo degrau
- Constrói torre de 9 cubos
- Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde). Diz o nome completo e o sexo.
- Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos.
- Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem
- Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário.
- Vai sozinho à casa de banho.
- Come com colher e garfo



(PNSJ, 2013; OE, 2010)

10

## 2 – 3 anos

Como estimular o desenvolvimento da criança:

| 2 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar brincadeiras que estimulem a coordenação motora (pular num só pé, correr...)</li> <li>• Incentivar controlo esfinteriano se a criança conseguir pedir para ir ao wc, bacio...</li> <li>• Estimular a arrumação, ensine os sítios dos brinquedos</li> <li>• Ajudar a criança a pronunciar palavras, pelo reforço positivo</li> <li>• Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar</li> <li>• Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais</li> <li>• Contar histórias e dar puzzles</li> <li>• Facilitar oportunidade de jogo simbólico</li> <li>• Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias</li> <li>• Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites</li> <li>• Reforçar a necessidade de impor regras e limites</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover atividades lúdicas físicas (saltar, correr, pular, andar de triciclo...)</li> <li>• Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada)</li> <li>• Incentivar a criança a fantasiar</li> <li>• Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida</li> <li>• Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário</li> <li>• Conduzir os rituais de sono de forma regrada</li> <li>• Não ridicularizar comportamentos</li> <li>• Ajudar a criança a partilhar os brinquedos</li> <li>• Acompanhar os programas televisivos com a criança</li> <li>• Reforçar a necessidade de impor regras e limites</li> </ul> |

(PNSIJ, 2013; OE, 2010)

11

## Sugestões de atividades

### Aos 2 anos

- ✓ Jogue ao "faz de conta"
- ✓ Dê-lhe jogos de encaixe e de empilhar mais complexos
- ✓ Incentive a construção de legos
- ✓ Brinque com plastilina
- ✓ Atribua-lhe pequenos recados, como ir buscar um objeto, chamar alguém
- ✓ Brinque com telefones de brincar
- ✓ Brinque com uma bola: deixe-o atirar a bola e recebê-la
- ✓ Pinte, desenhe com a criança (habitualmente, rabiscos)
- ✓ Dance ao som de vários tipos de música
- ✓ Ajude a preparar pequenas refeições, como o lanche
- ✓ Estimule brincadeiras em grupo

### Dos 2 aos 3 anos

- ✓ Incentive a que identifique objetos, pessoas, imagens pelos nomes
- ✓ Dê-lhe jogos de encaixe e de empilhar, mais complexos; incentive a construção de legos
- ✓ Incentive o desenho (em vez de apenas rabiscos: boa alternativa para a criança comunicar as suas emoções)
- ✓ Jogue ao "faz de conta"
- ✓ Brinque com plastilina
- ✓ Estimule a fantasia através de brincadeiras com disfarces (médicos, bombeiros, mecânico...)
- ✓ Atribua-lhe pequenos recados, como ir buscar um objeto, chamar alguém
- ✓ Brinque com a bola
- ✓ Dance ao som de vários tipos de música
- ✓ Ajude a preparar pequenas refeições, como o lanche

(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013)

12

## 4 – 6 anos



### 4 anos

- Fica num pé sem apoio 35 segundos
- Sobe e desce as escadas alternadamente
- Salta num pé
- Constrói escada de 6 cubos
- Copia a cruz
- Combina e nomeia 4 cores básicas
- Sabe o nome completo, a idade e o género e habitualmente a morada
- Apresenta linguagem compreensível
- Pode vestir-se e despir-se (exceção- abotoar atrás e dar laços)
- Gosta de brincar com crianças da sua idade
- Sabe esperar pela sua vez



### 5 – 6 anos

- Fica num pé 3- 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax
- Salta alternadamente num pé
- Constrói 4 degraus com 10 cubos
- Copia o quadrado e o triângulo
- Conta 5 dedos de uma mão, nomeia 4 cores
- Sabe o nome completo, idade, morada e habitualmente a data de nascimento
- Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta- pode haver confusão nalguns sons
- Veste-se sozinho
- Lava as mãos e a cara, limpa e sozinho
- Escolhe os amigos
- Compreende as regras de um jogo

(PNSIJ, 2013; OE, 2010)

13

## 4 – 5/6 anos

Como estimular o desenvolvimento da criança:



| 4 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 5 / 6 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover as construções</li> <li>• Incentivar o desenho da figura humana</li> <li>• Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores</li> <li>• Ensinar canções e versos</li> <li>• Incentivar participação em atividades domésticas</li> <li>• Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos</li> <li>• Promover brincadeiras onde exista movimento físico</li> <li>• Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).</li> <li>• Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade</li> <li>• Reforçar regras e limites</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não ridicularizar os presumíveis medos, pesadelos ou fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência</li> <li>• Proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora</li> <li>• Ensinar a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras</li> <li>• Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece</li> <li>• Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, por exemplo, ajudar em casa, dar recados.</li> <li>• Incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).</li> <li>• Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).</li> </ul> |



(PNSIJ, 2013; OE, 2010)

14

### Sugestões de atividades

#### 4 – 5/6 anos

- ✓ Pintura
- ✓ Desenho livre (boa alternativa para a criança comunicar as suas emoções)
- ✓ Dançar ao som de vários tipos de música
- ✓ Cantar músicas que a criança possa ir aprendendo
- ✓ Brincar com plasticina
- ✓ Ajudar a preparar pequenas refeições, como o lanche
- ✓ Jogar o “macaquinho do chinês”
- ✓ Jogar “à macaca”
- ✓ Jogar ao “rei manda”

- ✓ Montar um percurso tipo gincana, adequado à idade
- ✓ Semear, por exemplo morangos, tomates, em vasos e observar o seu crescimento
- ✓ Brincar em grupo:
  - Jogar à bola
  - Fazer construções com legos
  - Cantar canções, de preferência com coreografias
  - Contar histórias (se possível, utilizar bonecos – tipo fantoches)
- ✓ Trava-línguas pequenos e simples

(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013)

15

#### 6 – 7 anos

##### 6 anos

- Perda dos primeiros dentes
- Idade de atividade constante
- Gosto pelo desenho, pintura...
- Desenvolve o conceito de números, de tempo
- Define os objetos pela sua utilização (cadeira para sentar)
- Obedece a 3 ordens sucessivas
- Conhece a mão esquerda e direita
- Distingue, num desenho, o que é bonito e feio
- Descreve objetos num desenho em vez de só os enumerar
- Frequenta o 1º ano da escola

##### 7 anos

- Crescimento rápido
- Reconhece partes do corpo e identifica a sua falta numa figura
- Repete 3 números de trás para a frente
- Desenvolve o conceito de tempo: sabe ler um relógio até ao quarto de hora
- Lê melhor
- Consegue utilizar a faca para cortar alimentos
- Penteia-se sem ajuda
- Gosta de poder escolher, tomar decisões
- Participa nas brincadeiras de grupo, preferem crianças do mesmo género
- Exige menos companhia
- Passa mais tempo sozinho

(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013)

16

### 8 – 10 anos

#### 8 - 9 anos

- Muito ativos: salta, pula, corre
- Movimentos finos mais rápidos e suaves
- Utiliza a escrita frequentemente
- Veste-se completamente sem ajuda
- Conta até 20, de trás para a frente; compreende o conceito de reversibilidade
- Sabe a data, os dias da semana e os meses por ordem
- Mais interesse pela leitura, mais ciente do tempo e horários
- Compreende os conceitos de espaço, causa e efeito, conservação de massas
- Usa ferramentas simples (martelo...)
- Ajuda nas tarefas domésticas, sabe utilizar utensílios
- Transmite recados
- Gosta da escola, teme reprovar de ano
- Mais sociável em melhor comportada, compara-se com os outros
- Gosta de competir e participar em jogos

#### 10 anos

- Crescimento físico mais acelerado nas meninas
- Escreve histórias curtas
- Usa o telefone para objetivos práticos
- Interessa-se por revistas, rádio
- Pode interessar-se por atividades como cozinhar, costurar...
- Cria animais de estimação
- Consegue tomar banho sozinho mas pode necessitar de ser lembrado e supervisionado
- Consegue ficar sozinho em casa por poucas horas
- É bem sucedido a cuidar das suas necessidades ou das de outras crianças ao seu cuidado
- Fala com os amigos constantemente
- Mais seletivo nas amizades
- Desenvolve interesse pelo sexo oposto
- Demonstra afeto, gosta da família e é mais diplomático
- Respeita os pais



(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSU, 2013)

17

### 6 – 10 anos



- Alimentação saudável e variada é muito importante para o bom rendimento escolar
- Criar rotinas de sono, sem uso de televisão ou computador
- Para além das atividades escolares é importante estimular a atividade física e o gosto pelo desporto
- À medida que a criança aprende a ler, estimular a leitura de livros, histórias...
- Incentivar a escovagem dos dentes 2 vezes por dia
- Supervisionar o uso de aparelhos eletrónicos e limitar o tempo de utilização (quando não estão a ser utilizados para os trabalhos da escola)
- Promover a segurança, explicando os riscos e consequências das suas ações
- Permitir que verbalize as suas preocupações, emoções e as dúvidas
- Reconhecer que não sabe tudo mas que vai procurar respostas



(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSU, 2013)

18

### Sugestões de atividades

#### 6 – 10 anos



- ✓ Desenhar, pintar
- ✓ Cantar, dançar e aprender coreografias
- ✓ Cozinhar receitas novas e divertidas
- ✓ Saltar à corda
- ✓ Montar um percurso tipo gincana pelas diferentes divisões da casa
- ✓ Tratar do jardim ou da horta que semearam
- ✓ Fazer esculturas/construções com materiais reciclados
- ✓ Fazer origamis
- ✓ Fazer puzzle
- ✓ Fazer ginástica em família (pode procurar aulas na internet)



- ✓ Escrever uma história
- ✓ Fazer "palavras cruzadas", "sopa de letras"
- ✓ Jogar à "força"
- ✓ Ler e contar histórias
- ✓ Jogar jogos de tabuleiro
- ✓ Fazer puzzle
- ✓ Contar anedotas, adivinhas e lengalengas
- ✓ Fazer teatros para a família
- ✓ Fazer um diário
- ✓ Escrever cartas a si próprio ou a amigos, como forma de manter contato
- ✓ Fazer jogos de mimica
- ✓ Todos os jogos que possam ser realizados em grupo

(DGS, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013) 19

#### 11 – 18 anos



##### 11 – 14 anos

- Aparecimento dos caracteres sexuais secundários (preocupação das crianças e jovens)
- Experimentam vários papéis, avaliam a atratividade pela aceitação ou rejeição dos pares
- Conformidade com as normas do grupo
- Diminuição da autoestima
- Desejo de ser dependente dos pais ao mesmo tempo que tentam separar-se deles
- Maior proximidade a membros do mesmo sexo
- Autoexploração (sexualidade)
- Grandes oscilações de humor
- Raiva expressa por mau humor, explosões de temperamento, insultos verbais
- Consegue ficar sozinho em casa por algumas horas
- Fala com os amigos constantemente
- Mais seletivo nas amizades
- Desenvolve interesse pelo sexo oposto

##### 15 – 17 anos

- Caracteres sexuais secundários em fase avançada
- Aprecia capacidades intelectuais e preocupa-se com problemas filosóficos, políticos e sociais
- Modificação da autoimagem
- Tendência à experiência interior e autodescoberta; introspeção
- Capazes de perceber as consequências do seu comportamento
- Conflitos importantes sobre a independência e o controlo; maior esforço na emancipação
- Relação pais-filho difícil
- Comportamento definido pelo grupo de pares, medo da rejeição
- Exploração da sexualidade, sentimento de "estar apaixonado", tentativa de estabelecer relacionamentos
- Tendência para se afastar quando aborrecido ou magoado
- Sentimentos de inadequação
- Dificuldade em pedir ajuda



(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013) 20





## 11 – 18 anos

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano marcada por drásticas mudanças físicas, cognitivas e sociais sendo um período de construção da identidade, pontos de referência, decisões sobre o seu projeto de vida e escolhas profissionais (Ribeiro, 2011).

É um período de grande experimentação em que o adolescente se expõe a riscos. O *risco* é benéfico para o desenvolvimento do adolescente na medida em que cria oportunidades para o desenvolvimento de autonomia, socialização e desenvolvimento psicoafectivo (OE, 2010). Assim, converse com o adolescente, demonstre disponibilidade e abertura para abordar temas como:

- ☐ Desequilíbrios alimentares
- ☐ Consumos nocivos de substâncias
- ☐ Infecções sexualmente transmissíveis
- ☐ Parentalidade precoce
- ☐ Comportamentos suicidários



(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013; OE, 2010) 21



## 11 – 18 anos

Converse com o adolescente sobre como se pode divertir mas, em segurança.

Por exemplo, se quiser experimentar bebidas alcoólicas, esteja disponível para que o faça consigo ou com pessoas de confiança e explique as consequências de “beber de mais”. Relativamente, à sexualidade é importante falar sobre métodos contraceptivos e sexualidade. Se não se sentir confortável ao abordar este tema peça ajuda a um profissional de saúde.

Proporcione -lhe um papel ativo na tomada de decisões, seja do foro familiar ou em relação a ele próprio, encorajando -o a pensar em soluções, em vez de lhe dar as respostas.



(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013; OE, 2010) 22

### Sugestões de atividades

- ✓ Fazer ginástica em família (pode procurar aulas na internet)
- ✓ Realizar experiências científicas
- ✓ Jogar videojogos em família, televisão
- ✓ Jogar jogos de tabuleiro
- ✓ Fazer puzzle
- ✓ Fazer teatros para a família
- ✓ Fazer jogos de mimica
- ✓ Jogar à "força"
- ✓ Fazer um diário
- ✓ Escrever uma história
- ✓ Escrever cartas a si próprio ou a amigos, como forma de manter contato
- ✓ Fazer "palavras cruzadas", "sopa de letras"
- ✓ Ler e contar histórias

Os jovens têm uma grande necessidade de manter contacto com os amigos, seja presencialmente, seja utilizando as redes sociais. Permita que mantenham esse contacto.

(Hockenberry & Wilson, 2014; PNSIJ, 2013)

23

## Vamos falar sobre o Coronavírus



## Vamos falar sobre o Coronavírus

A pandemia por coronavírus, bem como o isolamento, provocam sentimentos de conotação negativa, sentidos mais intensamente pelas crianças e jovens, independentemente da sua idade.

Durante a infância e a adolescência, as repercussões emocionais e comportamentais da situação atual parecem relacionar-se com “o medo da infeção, a incerteza quanto à doença, a frustração, o tédio, as informações inadequadas, a perda financeira da família, o luto familiar e isolamento físico e social” (Freitas, Costa, Diogo & Gaíva, 2021), mas também, incerteza e preocupação com o percurso escolar e preocupação com o bem-estar dos seus familiares (Francisco & Benavente, 2021).



25

## Vamos falar sobre o Coronavírus

Foi realizado, em Portugal, um estudo para avaliar o impacto da pandemia nas crianças e jovens relativamente ao seu bem-estar. As principais conclusões foram que:

- As crianças em idade pré-escolar manifestam maior instabilidade emocional (tristeza, agitação, tédio, maior dependência dos pais, entre outros), mais problemas comportamentais e alterações do sono, que as crianças em idade escolar e adolescentes.
- As crianças em idade escolar manifestam mais alterações cognitivas, como dificuldade de concentração, mas também, mais ansiedade e maiores conflitos com os familiares, em relação às crianças em idade pré-escolar e adolescentes.
- Os adolescentes referiram sentir-se mais preocupados e zangados em relação a crianças de outras idades (Francisco & Benavente, 2021).



26

## Vamos falar sobre o Coronavírus

Para ajudar as crianças e jovens a ultrapassar da melhor forma a situação atual é importante manter, sempre que possível, as rotinas habituais do seu dia-a-dia.

Áreas em que pode estabelecer e manter rotinas durante o confinamento:

- Jogar/brincar – muito importante para o desenvolvimento da criança. Jogos em família reforçam os laços familiares (veja no capítulo anterior, sugestões de atividades adequadas à idade)
- Falar com os amigos e colegas podem ser utilizadas as redes sociais e permite minimizar a sensação de isolamento
- Estudar – cumprir o horário estabelecido pela escola
- Fazer exercício físico – estabelecer um horário para atividade física como ginástica, dança... (veja no capítulo anterior, sugestões de atividades adequadas à idade)
- Ajudar nas tarefas domésticas
- Dormir – Ajuda a equilibrar os níveis de energia
- Falar com a família – Falar com familiares próximos é reconfortante e positivo para todos
- Refeições – opte por opções saudáveis já que em isolamento a atividade física é menor
- Tempos livres – períodos em que “não faz nada” também são importantes
- Ler



(UNICEF, 2020; DGS, 2020) 27

## Vamos falar sobre o Coronavírus

As crianças e jovens observam o comportamento das pessoas adultas em busca de pistas sobre como gerir as suas próprias emoções em momentos difíceis (DGS, 2020), ou seja, é o seu exemplo que as crianças vão seguir pelo que deve aprender a reconhecer e lidar com esta emoção da melhor forma.

A ansiedade, no adulto, pode manifestar-se, de uma forma geral, como um mal-estar persistente, uma preocupação excessiva, alterações no sono, alterações na concentração e memória, dores de cabeça, tensão muscular, dores de estômago, náuseas e vômitos, sensibilidade ao ar, tremores, formigamentos e palpitações.

Quando se sentir ansioso:

- ☐ Faça uma pausa (pare 10 segundos, inspire e expire lentamente, cinco vezes)
- ☐ Reserve um período do dia para fazer uma atividade ao seu gosto (ler, ouvir música, ver televisão)
- ☐ Confie nas suas capacidades para lidar com situações difíceis
- ☐ Concentre-se no aqui e agora, nas atividades que está a fazer; aceite o que não pode mudar ou controlar
- ☐ Fale com pessoas da sua confiança sobre o que sente (neste período é muito provável que os seus amigos e familiares sintam o mesmo que você; pode ser reconfortante perceber que não está sozinho)
- ☐ Confie nas suas capacidades para lidar com esta situação difícil

Esteja atento ao seu comportamento para que possa cuidar e apoiar as crianças e jovens.



(DGS, 2020; Ordem dos Psicólogos, s.d.) 28

## Vamos falar sobre o Coronavírus

As crianças e jovens observam o comportamento das pessoas adultas em busca de pistas sobre como gerir as suas próprias emoções em momentos difíceis (DGS, 2020), ou seja, é o seu exemplo que as crianças vão seguir pelo que deve aprender a reconhecer quando ansioso, de forma a lidar com esta emoção da melhor forma.

A ansiedade, no adulto, pode manifestar-se, de uma forma geral, como um mal-estar persistente, uma preocupação excessiva, alterações no sono, alterações na concentração e memória, dores de cabeça, tensão muscular, dores de estômago, náuseas e vômitos, sensação de falta de ar, tremores, formigueiros e palpitações.

Quando se sentir ansioso:

- ☐ Faça uma pausa (pare 10 segundos, inspire e expire lentamente, cinco vezes)
- ☐ Reserve um período do dia para fazer uma atividade ao seu gosto (ler, ouvir música, ver televisão)
- ☐ Confie nas suas capacidades para lidar com situações difíceis
- ☐ Concentre-se no aqui e agora, nas atividades que está a fazer; aceite o que não pode mudar ou controlar
- ☐ Fale com pessoas da sua confiança sobre o que sente (neste período é muito provável que os seus amigos e familiares sintam o mesmo que você; pode ser reconfortante perceber que não está sozinho)
- ☐ Confie nas suas capacidades para lidar com esta situação difícil

Esteja atento ao seu comportamento para que possa cuidar e apoiar as crianças e jovens.

(DGS, 2020; Ordem dos Psicólogos, s.d.) 28

## Vamos falar sobre o Coronavírus

As crianças também sentem ansiedade. Esteja atento a estas manifestações...

| Emocionais                                                                                                                                             | Físicas                                                                                                                                                                                                                                | Comportamentais                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pensamentos                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tristeza<br>Medo<br>Preocupação<br>Culpa<br>Sensação de não ter valor<br>Desesperança<br>Alterações repentinas de humor<br>Sensação de confusão mental | Dificuldade em adormecer<br>Sono agitado<br>Inibição/lentidão de movimentos<br>Agitação<br>Mãos e pés frios ou transpirados<br>"borboletas no estômago"<br>Náuseas<br>Alterações gastrointestinais<br>Perda de apetite<br>Rubor facial | Crises de choro<br>Isolar-se<br>Distanciamento<br>Evitamento<br>Ataques de zanga<br>Incapacidade de lidar com as tarefas diárias<br>Diminuição da capacidade de atenção, concentração, memória e tomada de decisão<br>Roer as unhas<br>Piscar os olhos<br>Morder o lábio inferior | Autocrítica frequente<br>Pessimismo<br>Dificuldade de raciocínio<br>Perda de confiança e autoestima<br>Pensamento de que se é estranho<br>Pensamento de ausência de controlo<br>Não consegue recordar coisas importantes<br>Foco no que corre mal. |

(Castilho et al, 2000; Batista & Oliveira, 2005) 29

## Vamos falar sobre o Coronavírus

As crianças podem ficar mais ansiosas quando não compreendem as informações que ouvem, por exemplo, na televisão e por esta razão sentem-se em perigo eminente. Uma boa estratégia para evitar ou minimizar esta situação é a comunicação. Converse com a criança sobre o que é o coronavírus de forma tranquila, simples e objetiva. Damos algumas sugestões de como o fazer...

**Demonstre disponibilidade**

Lembre às suas crianças que você está sempre disponível para as ouvir mesmo que a conversa seja difícil, porque você se preocupa e as ouve.



(OMS, 2021; UNICEF, 2021; DGS, 2020) 30

## Vamos falar sobre o Coronavírus

**Faça perguntas e ouça a resposta**

As crianças mais pequenas podem não se aperceber da situação de pandemia:

- Reforce o ensino de medidas básicas de higiene, como a lavagem frequente das mãos
- Converse com o seu filho, tente perceber o que já sabe sobre o assunto e as dúvidas que possa ter.
- Deixe-o falar abertamente, transmita-lhe segurança e conforto.
- Não menospreze as preocupações do seu filho, ansiedade ou o medo. Assegure-lhe que pode falar consigo sempre que for necessário.



(OMS, 2021; UNICEF, 2021; DGS, 2020) 31

## Vamos falar sobre o Coronavírus

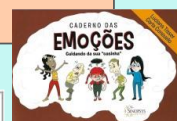
Sugestões de livros de histórias que explicam o coronavírus a crianças (disponíveis gratuitamente na internet):

- "Ajoaninha e o Covid-19"
- "Aminha avó tem coronavírus"
- "Era uma vez... O coronavírus"



Sugestões de livros de histórias que ajudam a reconhecer e gerir emoções nas crianças:

- "O monstro das cores"
- "As minhas emoções"
- "Caderno das emoções. Cuidando da sua casinha"



Sugestões de sites para procurar informações:

- <https://www.unicef.pt/coronavirus/>
- <https://covid19.minsaude.pt/>
- [www.coronakids.pt](http://www.coronakids.pt)
- [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- [www.UNICEF.pt](http://www.UNICEF.pt)

32

## Vamos falar sobre o Coronavírus

**Diga a verdade**

As crianças têm direito a informações verdadeiras mas adequadas à sua idade e capacidade de compreensão. Use uma linguagem que a criança compreenda, observe as suas reações, e esteja atento a manifestações de ansiedade. Se não souber responder às perguntas, admita que não sabe mas que vai procurar respostas ou incentive o seu filho a procurar informação em conjunto consigo.

**Ensine a criança a proteger-se e a proteger os outros**

Medidas de proteção:

- lavagem regular das mãos - torne este ensino divertido
- demonstre como proteger a boca e nariz durante um espirro ou tosse
- explique a importância de manter distanciamento social.



(OMS, 2021; UNICEF, 2021; DGS, 2020)

33

## Vamos falar sobre o Coronavírus

### Transmita segurança

Os *media* exibem notícias que podem ser muito perturbadoras.

- Proporcione momentos de brincadeira e relaxamento, para ajudar a criança a lidar com a ansiedade e stress.
- Sempre que possível, mantenha as rotinas diárias anteriores (transmitem segurança e estabilidade).

### Transmita esperança

Partilhe, com as crianças, histórias de sucesso de forma a promover a esperança.



(OMS, 2021; UNICEF, 2021; DGS, 2020) 34

## Vamos falar sobre o Coronavírus

### Cuide de si

Não se esqueça que você é o modelo que as suas crianças vão seguir, por isso cuide-se!

- Se você estiver ansioso(a) ou stressado(a), procure fazer uma pausa para relaxar, faça algo que o faça feliz (encontra sugestões mais adiante neste guia).
- Se necessário procure alguém de confiança para conversar e se restabelecer.



(OMS, 2021; UNICEF, 2021; DGS, 2020) 35



## Vamos falar sobre o Coronavírus

Sendo um período desafiante para todos, adultos e crianças, lembre-se de:

- ❑ Ser empático e tentar compreender o ponto de vista do seu filho
- ❑ Demonstre interesse genuíno pela criança
- ❑ Corresponda às tentativas de afeto e contacto da criança
- ❑ Reconheça e valorize as capacidades e competências da criança (reforço positivo)
- ❑ Seja consistente nos limites mas flexível para lidar com imprevistos
- ❑ Equilibre as suas necessidades e as da criança
- ❑ Esteja atento ao seu próprio comportamento e emoções; procure ajuda se necessário
- ❑ "Ninguém é perfeito", não se recrimine quando falha mas retire aprendizagens da situação



(OMS, 2021; UNICEF, 2021; DGS, 2020) 36



## Vamos falar sobre o Coronavírus

A pandemia por Covid- 19 veio alterar profundamente a vida de todas as famílias, sendo uma época de grandes desafios mas, também, de grandes oportunidades.

Aproveite o tempo que tem a mais com os seus filhos para melhorar o vosso relacionamento, brincar é gratuito e divertido!

As atividades sugeridas neste guia servem como atividades que estimulam o desenvolvimento saudável do seu filho e que podem ser boas opções para entreter as crianças durante a pandemia.

Dedique parte do seu tempo para os seus filhos.

Pare, brinque e divirta-se!

No final, todos se vão sentir mais amados e felizes!

**Vamos enfrentar esta pandemia de forma positiva!**

37

## Bibliografia

- Batista, M. A. e Oliveira, S. M. da S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2) , 43-50.
- Castillo A., Recondo R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Freitas, B. H. B. M.; Costa, A. I. L.; Diogo, P. M. J. Gaíva, M. A. M. (2021). O trabalho emocional em enfermagem pediátrica face às repercussões da COVID-19 na infância e adolescência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(1).
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed) Loures: Lusociência.
- Francisco, R. & Benavente, R. (2021, Fevereiro). "Qual o impacto da pandemia no bem-estar de crianças e adolescentes?" [Webinar]. Católica Research Centre for Psychological Family and Social Wellbeing <https://www.ucp.pt/ptpt/eventos/webinar-qual-o-impacto-da-pandemia-no-bem-estar-de-criancas-e-adolescentes>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Volume 1, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- [www.coronakids.pt](http://www.coronakids.pt) acedido a 1/3/2021.
- <https://covid19.minsaude.pt/> acedido a 1/3/2021.
- <https://www.oficinade psicologia.com/kite-ferramentas-para-gerir-a-ansiedade/> acedido a 1/3/2021.
- <https://www.ordemdos psicologos.pt/> acedido a 1/3/2021.
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> acedido a 1/3/2021.
- <https://www.unicef.pt/coronavirus/> acedido a 1/3/2021.

38

## BIBLIOGRAFIA

Batista, M. A. e Oliveira, S. M. da S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2) , 43-50.

Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 22 (2), 20-23. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Freitas, B. H. B. M.; Costa, A. I. L.; Diogo, P. M. J. e Gaíva, M. A. M. (2021). O trabalho emocional em enfermagem pediátrica face às repercussões da COVID-19 na infância e adolescência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(1).

Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed) Loures: Lusociência.

Francisco, R. & Benavente, R. (2021, Fevereiro). "Qual o impacto da pandemia no bem-estar de crianças e adolescentes?" [Webinar]. Catolica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing. <https://www.ucp.pt/pt-pt/eventos/webinar-qual-o-impacto-da-pandemia-no-bem-estar-de-criancas-e-adolescentes>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume 1, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

[www.coronakids.pt](http://www.coronakids.pt), acedido a 1/3/2021.

<https://covid19.min-saude.pt/>, acedido a 1/3/2021.

<https://www.oficinadepsicologia.com/kit-de-ferramentas-para-gerir-a-ansiedade/>,  
acedido a 1/3/2021.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>, de 27/05/2020,  
acedido a 21/05/2021.

<https://www.ordemdospsicologos.pt/>, acedido a 1/3/2021.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>,  
acedido a 1/3/2021.

<https://www.unicef.pt/coronavirus/>, acedido a 1/3/2021.

## Apêndice VI – Atividades de estágio contexto UN



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:**  
**Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade da**  
**criança e família nos processos saúde-doença**

**Atividades de Estágio Unidade de Neonatologia**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**  
**N.º 9555**



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



**Lisboa**  
**2020**

## ÍNDICE

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUMÁRIO .....</b>                                                                                    | <b>2</b>  |
| <b>a) Ser mãe ou pai numa unidade de neonatologia .....</b>                                             | <b>2</b>  |
| <b>b) Trabalho emocional na neonatologia: sessão de formação em serviço .....</b>                       | <b>9</b>  |
| <b>c) Ansiedade dos pais na unidade de neonatologia: reflexão sobre os registos de enfermagem .....</b> | <b>32</b> |
| <b>Referências bibliográficas .....</b>                                                                 | <b>36</b> |



## SUMÁRIO

A Unidade de Neonatologia é um serviço altamente especializado vocacionado para a prestação de cuidados diferenciados ao recém-nascido prematuro ou doente. A prestação de cuidados neste serviço acarreta uma experiência emocional intensa, tanto da parte dos pais como dos enfermeiros, sendo muito importante o desempenho do trabalho emocional.

A vinculação, a parentalidade, a preparação para a alta, os cuidados neuroprotetores, cuidados não traumáticos, são componentes centrais nos cuidados neonatais, para além de todos os cuidados técnicos necessários para a sobrevivência dos recém-nascidos.

Para este contexto de estágio foram planeados como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional dos serviços;
- Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento do RN e pais;
- Identificar necessidades emocionais do RN e pais na neonatologia;
- Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade do RN e pais;
- Prestar cuidados especializados ao RN e pais no âmbito da neonatologia.

Seguidamente, apresentam-se as atividades realizadas, visando concretizar os referidos objetivos.

### **a) “Ser mãe ou pai numa unidade de neonatologia”**

O presente trabalho foi elaborado durante o meu estágio numa unidade de neonatologia, e pretende ser uma reflexão sobre como o enfermeiro EESIP promove a vinculação bebé-pais e a transição para a parentalidade, em situações de saúde-doença complexas e num ambiente de cuidados altamente especializado. Saliento que, embora se designe habitualmente, por laços afetivos o desenvolvimento de ligações emocionais dos pais para o bebé e, vinculação, para descrever o desenvolvimento de ligações emocionais do bebé para os pais (Wheeler, 2014, p. 247), neste trabalho utilizarei indiferentemente qualquer um dos termos para descrever ambas as situações.



Na unidade de neonatologia onde estagiei, a grande maioria dos internamentos era motivado por nascimentos prematuros, no entanto, estavam também internados recém-nascidos que pela sua condição de doença necessitavam de cuidados neonatais especializados.

Quando os pais chegavam à unidade para visitar os seus filhos pela primeira vez, a EEESIP, recebia-os à porta do serviço e, antes de os acompanhar para junto dos seus filhos, preparava os pais para este encontro explicando, por exemplo, a necessidade dos dispositivos médicos. Este curto, mas importante momento, era também aproveitado para transmitir informações sobre o estado de saúde do recém-nascido, para demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas ou simplesmente para ouvir os pais. Da minha perspetiva, esta atitude por parte da EEESIP demonstrava para com os pais, a preocupação de os suportar durante este período difícil das suas vidas. Tal como Diogo (2015, 2019) refere, a hospitalização tem a potencialidade de incutir nos clientes estados emocionais perturbadores com repercussões em todos os membros da família. Num período tão sensível como o do nascimento de um filho, a vivência emocional “negativa” dos pais pode interferir ou dificultar a ligação afetiva ao seu filho, já de si dificultada pelo ambiente físico próprio da unidade de neonatologia. Assim, os enfermeiros reconhecem que os clientes gerem melhor estas vivências se forem ajudados, e os pais sentem confiança na equipa de enfermagem e segurança nos seus cuidados (Diogo, 2015, 2019).

O nascimento de um filho é um dos acontecimentos mais marcantes no ciclo vital de uma família, configurando um período de transformação de identidades, papéis e funções, que visa o desenvolvimento de capacidades para que os progenitores se tornem, efetivamente, pais (Santos, 2014; Martins et al., 2017). Lopes e Ferreira (2015), complementam referindo que parentalidade é um “(...) processo de transformação individual, conjugal e social através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança” (p. 314), sendo “uma transição especialmente crítica pois é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças” (Lopes & Ferreira citando Magalhães (2011), 2015, p. 314).

A parentalidade não é uma capacidade inata do ser humano, pelo que implica um processo de aprendizagem, por tentativa e erro. Os pais adquirem conhecimento (Wilson, 2014), que em conjunto com a sua experiência enquanto filhos (Hockenberry,

2014), mobilizam, visando o pleno e saudável desenvolvimento da criança a seu cargo. “Os pais transitam de uma fase inicial, desconhecida, de desequilíbrio e sentida como avassaladora, para uma fase em que se sentem competentes e em sintonia com o seu filho, tornando-os peritos nos seus cuidados (Hockenberry, 2014; Martins et al., 2017). Complementando, o processo de transição para a parentalidade consiste em “assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; (...) otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (...) obrigam os seus protagonistas a fenómenos de adaptação ao novo estatuto” (OE, 2015a, p. 13). Segundo Hockenberry (2014), os objetivos da parentalidade são a “promoção da sobrevivência física e saúde da criança, até que esta desenvolva as capacidades necessárias para ser um adulto independente com capacidades comportamentais para otimizar os valores culturais e as crenças” (p. 59).

Assim, percebe-se que o nascimento de um filho pode implicar um período de grande ansiedade para os pais, mesmo quando se trata de uma experiência sem intercorrências, do ponto de vista de saúde. Quando ocorre um nascimento prematuro ou o recém-nascido tem alguma doença, esta ansiedade é vivenciada de forma mais intensa pela família. Nesta situação, os pais podem necessitar de suporte para se adaptarem à nova realidade, mas também para se relacionarem com os seus filhos (Valente & Seabra-Santos, 2011), tendo os enfermeiros um papel fundamental na promoção da vinculação e da parentalidade (Lopes & Ferreira, 2015). Valente e Seabra-Santos (2011), salientam que, no caso de nascimentos prematuros, as mães podem apresentar manifestações de ansiedade e depressão, havendo risco para a sua saúde mental. Os pais tendem a sentir preocupação pelo estado de saúde dos filhos, mas também pelo bem-estar da companheira, que por sua vez, procura apoio emocional nele (Hockenberry, 2014). Os enfermeiros suportam os pais como um conjunto, adaptando os seus cuidados às necessidades individuais de cada um.

O primeiro contacto entre a equipa de enfermagem e os pais assume grande relevância, no sentido em que é o início da relação enfermeiro-pais-recém-nascido, que se deseja terapêutica. Um acolhimento afável, demonstrando disponibilidade e empatia com os pais facilita a expressão de emoções pelos mesmos, os pais sentem-se reconfortados e sentem o ambiente como seguro e afetuoso (Diogo 2015, 2019). O momento de admissão dos pais na unidade, era também utilizado para transmitir informações acerca a situação clínica do seu recém-nascido, preparando-os para o momento seguinte, o do encontro com o seu filho tão amado. Este momento de

preparação permitia-lhes expressar sentimentos, preocupações, medos e dúvidas, e aos enfermeiros identificar necessidades específicas dos mesmos.

Durante o estágio foi possível observar o modo como a EEESIP acolhia os pais na unidade. O discurso era sempre num tom de voz suave, falava devagar, olhava os pais de frente para decodificar as expressões faciais dos mesmos (ação dificultada pela necessidade de utilização de máscara facial) e transmitia as informações mais pertinentes acerca do recém-nascido, relevantes para o momento atual, para que os pais as conseguissem assimilar, demonstrando logo disponibilidade para responder a qualquer questão que surgisse.

Num dos turnos de estágio, foi-me possibilitada a oportunidade de receber um pai, que segundo as colegas do bloco de partos estava muito ansioso com a situação de prematuridade da filha. Ao chegar à UN, a sua postura corporal demonstrava alguma ansiedade, parecia um pouco inquieto. Cumprimentei-o, identifiquei-me e falámos sobre a sua filha, dizendo por exemplo, *“pai, foi necessário pôr um tubinho na A. para lhe darmos o leite e tem outro tubinho com oxigénio para a ajudar a respirar melhor. Por isso vai ver muitos fios, mas tem estado tudo a correr bem! Já dormiu uma soneca desde que chegou e é uma querida.”* A utilização de termos carinhosos e a utilização de diminutivos parece ter um efeito tranquilizador nos pais, que sentem que os enfermeiros se preocupam com os seus filhos (Diogo 2015, 2019), contribuindo para a estabilidade da relação. Fiz uma pequena pausa para que refletisse sobre o que lhe disse e dei-lhe tempo para que fizesse questões. Depois disse *“Vamos ver a sua princesinha?”*, ao que o pai anuiu com a cabeça, confirmando que se sentia preparado. O facto de ter esperado para que o pai se sentisse capaz permitiu-lhe tranquilizar-se, promovendo o seu autocontrolo, o que vai ao encontro do defendido por Diogo (2015) quando refere que *“os enfermeiros avaliam o estado emocional dos clientes para conseguirem identificar as suas necessidades e desenvolverem os cuidados”* (p. 132), ou seja, os enfermeiros moldam as suas ações tendo em conta as emoções dos clientes.

Segundo Askin e Wilson (2014), numa primeira visita os pais podem não ser capazes de ouvir e compreender muita informação pelo que a informação transmitida não deve ser muito pormenorizada. A partilha de informações, fundamental na parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família, também favorece a construção de uma relação estável entre os pais e os enfermeiros, no entanto, é necessário perceber se os pais têm capacidade para compreender toda a informação que é transmitida num determinado momento, para que não se sintam assoberbados.

Das famílias que acompanhei, aquelas em que a situação de doença do recém-nascido inspirava maior preocupação, eram as famílias que demonstravam mais dificuldade em assimilar informações pois, lidavam com emoções intensas, como o medo e a ansiedade. A percepção do grau de preocupação, ansiedade ou medo destes pais, em relação ao futuro dos seus filhos, é muito relevante pois o EEESIP deve estar ainda mais desperto para sinais de “resistência” à vontade de se apegarem ao bebé, como forma de autoproteção. Para Askin e Wilson (2014), os pais podem viver um luto antecipatório (preparando-se para a morte do seu bebé) podendo demonstrar “dificuldade em escolher o nome da criança, dificuldade em visitar a criança na unidade (...) e a hesitação para tocar ou manipular a criança quando lhe é dada oportunidade” (p. 358). É importante que o EEESIP aproveite todos os momentos para reforçar comportamentos positivos dos pais, promovendo a confiança destes nas suas capacidades, a esperança no futuro e a ligação afetiva pais-bebé, por exemplo, ao encorajar e envolver os pais nos cuidados ao bebé *“hoje o G. está muito melhor e já pode ir para o colinho. Vai ser uma sensação fantástica...”*, *“que bebé tão satisfeito com as festinhas da mãe!”*, *“Uau pai, é a primeira vez que muda a fralda e correu tudo muito bem. Sem complicações”* (expressões utilizadas durante interações com pais).

Os enfermeiros na UN, incentivam todos os pais a prestarem cuidados aos seus recém-nascidos, mesmo nas situações em que os estes se mostravam mais temerosos e inseguros. A EEESIP convidava os pais a tocar, a fazer festinhas, enquanto ela mudava a fralda ou alternava o decúbito. A capacidade de participação nos cuidados era sempre incentivada como reforço positivo das competências parentais, visando a preparação para a alta, motivo de grande ansiedade para qualquer dos pais.

O toque suave, o falar para o bebé, dar colo, o aleitamento materno, a participação nos cuidados (muda da fralda, banho, entre outros) e o contacto pele-a-pele (método canguru) são utilizados para fomentar a vinculação bebé-pais, mas também incentivam a transição para a parentalidade (Hockenberry & Wilson, 2014; associação XXS, 2021).

Relativamente à vinculação, a Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro (2020), nas suas publicações, descreve que na primeira hora após o parto, a mãe e o bebé estão “sintonizados do ponto de vista fisiológico, hormonal e comportamental, podendo ser um momento ímpar para o fortalecimento da relação com o bebé” (Wheeler, 2014; [www.xxs-prematuros.com](http://www.xxs-prematuros.com), 2021). A vinculação mãe-bebé, inicia-se durante a gravidez, desenvolvendo-se continuamente durante o

primeiro ano de vida (Wilson, 2014). Assim, a interação precoce entre os pais e o bebé é de grande importância (Hockenberry & Wilson, 2014), mesmo que ocorra com a barreira física de uma incubadora, pois permite aos pais iniciar a criação de uma ligação afetiva com o filho, que os ajuda a recuperar do “choque” inicial. Por outro lado, este laço afetivo, estabelecido com os pais através, por exemplo, do toque suave, do cheiro da mãe, da voz da mãe ou do pai, tem benefícios para o desenvolvimento físico, motor, psicológico, afetivo e social do bebé. Quando os pais compreendem a necessidade dos equipamentos tecnológicos que rodeiam o seu recém-nascido, este constrangimento deixa de os afasta do bebé, nem dificulta o estabelecimento de laços e a dádiva de carinho (essencial para o seu desenvolvimento), antes pelo contrário, os pais encontram a melhor forma de o fazer e os dispositivos médicos tornam-se “adereços”.

O aleitamento materno, para além de todos os benefícios que são sobejamente conhecidos para a saúde do bebé, promove a vinculação pelo contacto físico necessário, mas também pelo contacto visual, já que mãe e bebé se olham diretamente. Por vezes, não era possível à mãe estar na unidade, pelo que o pai era incentivado a assumir esse papel. Também, aos pais de recém-nascidos alimentados por sonda nasogástrica, era proporcionado um momento especial *“ora, então vamos lá dar o leitinho a este príncipe. Pai, sente-se confortável para dar colinho ao M.”* (expressões utilizadas nas interações com pais), e enquanto o M. era alimentado pela sonda ficava no colo do pai.

Outra estratégia de promoção da vinculação é o “método canguru” ou contacto pele-a-pele, que consiste “no contato precoce, prolongado e o mais contínuo possível, de pele com pele, entre os pais e o bebé” (Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro, 2021). Este método tem sido implementado pelos benefícios para os recém-nascidos e para os pais, entre eles, a promoção do vínculo afetivo com os pais reforçando a sua confiança e competências, estabilização das funções vitais do recém-nascido, estimula o aleitamento materno, a promoção do desenvolvimento físico e emocional do bebé e recorda ao bebé o som do batimento cardíaco e voz da mãe, transmitindo-lhe calma e segurança (Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro, 2021). Pude observar que de facto os recém-nascidos “a fazer canguru” com as mães ou pais choravam menos e apresentavam menos intercorrências durante esse período de tempo (no mínimo 2 horas), mas também os pais experienciavam menor ansiedade, chegando a referir, *“sabe enfermeira, quando está assim parece que nada pode correr mal. Estou tranquila, sabe?”*, *“o melhor dia da*

*minha vida não foi quando ele nasceu... foi o dia em que o puseram no meu colo, no meu peito... não há nada melhor!”*

Por outro lado, houve pais que solicitaram apoio à equipa de enfermagem. Especificamente, uma mãe que sempre que possível prestava cuidados ao seu filho, verbalizou-me em vários momentos *“a minha cabeça não desliga enfermeira, não consigo dormir, dói-me a cabeça... Eu tenho outro filho e neste momento não consigo ser mãe de nenhum... O G. precisa é de vocês porque eu não o consigo salvar... e o T. quer que eu brinque com ele, mas estou aqui...”*, continuou, *“não sei o que fazer. Quando estou em casa quero estar aqui e aqui sinto que preciso estar em casa. E é isto todos os dias...”*. Assim, conversei com a EEESIP sobre as preocupações desta mãe, decidimos quais as estratégias que poderíamos sugerir a esta mãe, sendo-me possibilitada a oportunidade de prestar esse apoio autonomamente, já que entre nós havia já uma relação de proximidade.

Assim, no dia seguinte, recebi esta mãe e utilizando a minha experiência pessoal como mãe de um prematuro, disponibilizei-me para a ouvir, mas sobretudo desmistifiquei o seu sentimento de culpa já que não há mal nenhum em ter aqueles pensamentos e sentimentos. Tal não significa que é má mãe, antes pelo contrário evidencia a sua preocupação com o bem-estar de ambos os filhos. Sugeri-lhe que reservasse um dia ou dois para se dedicar apenas ao filho mais velho, podendo telefonar as vezes que precisasse para saber como estava o G., e noutro período de tempo, conjuntamente com o esposo, fizesse alguma atividade prazerosa, como caminhar ou fazer uma refeição fora de casa. Consultei também a EESIP para averiguar a possibilidade de enviar fotografias do G. para os pais, o que felizmente foi possível. Outra preocupação foi a identificação de alguns sinais de ansiedade mais intensa como as insónias e as cefaleias. Sugeri que quando se sentisse assim, fizesse uma pausa (inspirando e expirando lentamente, cinco vezes), que fizesse uma atividade ao seu gosto (ler, ouvir música, entre outras), que falasse com pessoas da sua confiança sobre os seus sentimentos, mas acima de tudo, que confiasse na sua capacidade para lidar com esta situação, aceitando o que não consegue mudar ou controlar (DGS, 2020; Ordem dos Psicólogos, s.d.).

Pelo exposto, vinculação e parentalidade são conceitos de grande importância nos cuidados de enfermagem especializados, merecendo relevância nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2015), onde se lê que o EEESIP implementa intervenções *“que contribuam para a promoção do contacto físico dos pais com o RN (...) que contribuam para a promoção da amamentação (...) que contribuam*

para a promoção das competências parentais (...) que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade” (p. 16663). Também o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica (2018), enfatiza a competência do enfermeiro especialista na promoção da vinculação e da parentalidade.

#### **b) Trabalho emocional na neonatologia: sessão de formação em serviço**

O crescimento socioeconómico, as propensões políticas das últimas décadas, a evolução do ensino e exercício de enfermagem, as mudanças nas necessidades e a crescente complexidade de cuidados de saúde, o aumento da exigência dos clientes, a par da evolução tecnológica e alterações organizacionais, potenciaram o aumento da exigência de qualidade dos cuidados de enfermagem, exigindo do Enfermeiro, adaptação às mudanças e resposta às exigências dos seus utilizadores. Como tal, observa-se um crescimento na exigência de competência no exercício profissional de Enfermagem, esperando-se deste profissional, capacidade crítica e reflexiva, isto é, que seja capaz de questionar a prática e tome decisões com base na evidência científica.

Esta capacidade de tomada de decisão, só é possível com investimento na formação e reflexão *na e sobre* a prática, pois a formação de um Enfermeiro não termina com a conclusão do seu curso de licenciatura, mas antes, é adquirida, *na e pela* prática durante a prestação de cuidados de enfermagem, através da aquisição de conhecimento baseado na evidência científica, conjugada com o crescimento pessoal, social e profissional. Complementando, é essencial ao desenvolvimento profissional do Enfermeiro, uma prática em contexto profissional, acompanhada de uma reflexão crítica sobre a mesma. Esta reflexão permite ao Enfermeiro estabelecer uma ligação entre o conhecimento científico teórico adquirido pela formação e a prática clínica, pois “a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se podem aprender em teoria” (Benner, 2001, p.61).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015), “é determinante a existência de uma formação continua com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o

fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade” (DR, 2015, p. 16662), bem como determina o artigo 109º do estatuto da OE, que o Enfermeiro deve manter uma atualização continua, permanente e aprofundada dos seus conhecimentos nas ciências humanas. Já o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista apresenta como sendo competência do mesmo, desempenhar um papel facilitador da aprendizagem, ser responsável pelo diagnóstico das necessidades formativas da sua equipa e atuar como formador sempre que seja oportuno.

Neste sentido, após constatar que a equipa de enfermagem da UN era pouco conhecedora do conceito de trabalho emocional subjacente aos cuidados e, concretamente, do Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019) que dá suporte a todo o meu percurso formativo, surgiu a oportunidade de elaborar a seguinte sessão de formação em serviço, ministrada aos elementos da equipa de enfermagem, cujos objetivos foram o de refletir sobre o trabalho emocional no serviço de neonatologia, e mais concretamente, refletir sobre a intervenção do EEESIP na identificação e gestão da ansiedade dos pais.

Os enfermeiros da UN utilizam as emoções na prestação de cuidados, visível pelas dádivas de afeto entre estes e os recém-nascidos e respetivos pais, mas este cuidado surge de forma pouco refletida. Realçando a relevância do desempenho do trabalho emocional na gestão da ansiedade dos pais, tornamos mais eficientes e eficazes os cuidados prestados, aumentamos a satisfação dos clientes e protegemos os enfermeiros da exaustão emocional (Diogo, 2015). Nesta perspetiva, o Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019) consiste num modelo orientador para a prática clínica que pretende equilibrar a dádiva de afeto, com um grau apropriado de desapego para prestar cuidados de acordo com as melhores práticas e alcançar os melhores resultados em saúde para os clientes através da mobilização de “(...) estratégias transformadoras das experiências emocionais perturbadoras, procurando gerir positivamente as suas próprias emoções e manter o envolvimento emocional com os clientes” (Diogo & Rodrigues, 2012, p. 67).



 11.º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

# *Trabalho emocional na neonatologia*

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo  
Orientadora de estágio: Enfermeira ESIP Inês Cruz  
Estudante: Sílvia Santos

Abril, 2021



## *SUMÁRIO*

- Objetivos
- Ser mãe ou pai no serviço de neonatologia
- Ansiedade dos pais no serviço de neonatologia
  - Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica
- Referências bibliográficas

2

**OBJETIVOS**

**OBJETIVO GERAL**

- Refletir sobre o trabalho emocional no serviço de neonatologia

**Objetivo específico**

- Refletir sobre a intervenção EEESIP na identificação e gestão da ansiedade dos pais



3

**1**

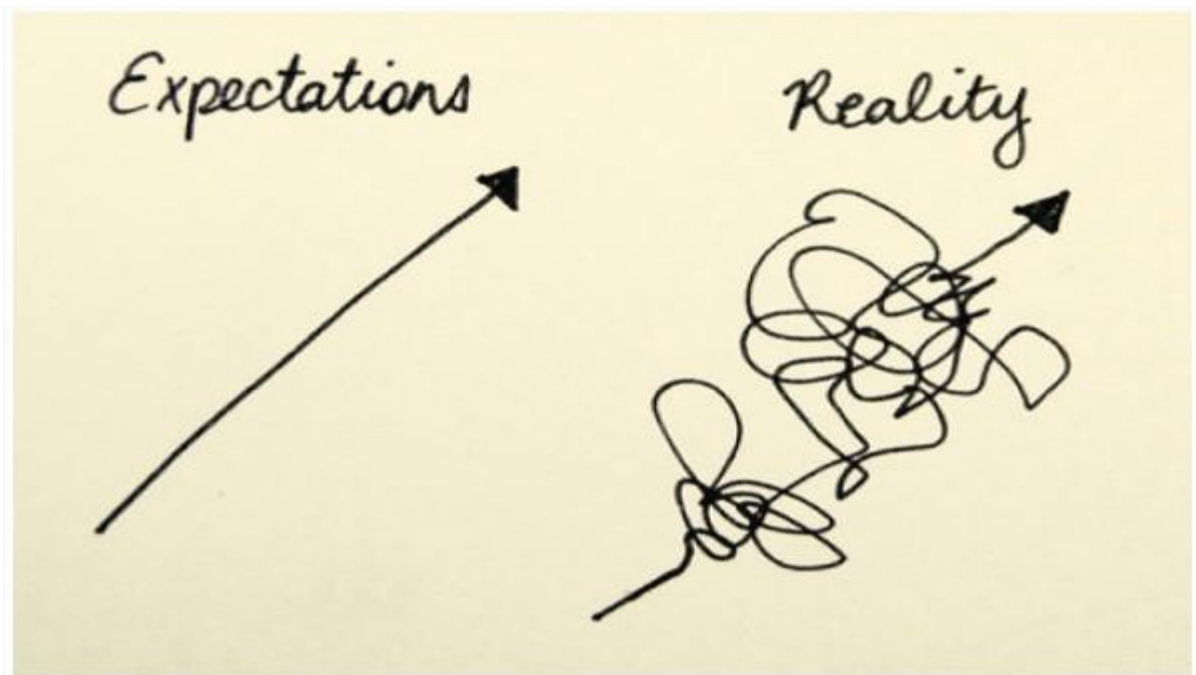
*Ser mãe ou pai  
na  
neonatologia*

4

Sessão de formação em serviço: “Trabalho emocional na neonatologia”



## Sessão de formação em serviço: “Trabalho emocional na neonatologia”



Após o nascimento,

- ❖ surge o confronto entre o bebé que foi idealizado e o bebé real
- ❖ necessidade de um processo de “luto” relativamente ao bebé idealizado e ao enamoramento para com o bebé real
- ❖ podem surgir sentimentos de culpa, fracasso, tristeza, depressão, inadequação, incompetência, ineficácia...
- ❖ é um processo difícil, doloroso e, habitualmente, demorado



“Essencial para ultrapassar a parte incapacitante destes sentimentos, permitindo a reorganização emocional e de aceitação do bebé real”

(Sociedade portuguesa de neonatologia, 2016)

2

## *Ansiedade dos pais no serviço de neonatologia*

9

### *Emoções*

Impulsos para uma ação imediata, para agir, para enfrentar a vida.  
Cada emoção corresponde a uma reação fisiológica diferente.

(Goleman 2011)



Conjunto de respostas químicas e neurais que formam um padrão (...) finalidade é ajudar o organismo a manter a vida.

(Diogo [2015], citando Damásio [2001])

10

## Emoções

6 emoções básicas:

- Alegria
  - Tristeza
  - Medo → Família da emoção medo
  - Raiva
  - Nojo/Aversão
  - Surpresa
- Ansiedade
  - Desconfiança
  - Preocupação
  - Nervosismo...



11

## Ansiedade

Resposta emocional à antecipação de uma ameaça futura, que causa desconforto e cria expectativas negativas à pessoa

(APA, 2013; Dias, 2015)



“Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”

(CIPE, 2015, p. 40)



12

## *Ansiedade*

- ▶ “Tipo de emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhada de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração suor nas palmas das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula”



13

## *Ansiedade*

### *País*

O que observamos (sinais):

- Pele pálida e húmida
- Pupilas dilatadas
- Frequência respiratória aumentada
- Temperatura corporal aumentada
- Anorexia, náuseas
- Polaquiúria
- Agitação/inquietude, movimentos frequentes com as mãos
- Atenção alterada
- Questionamento constante
- Enfoque nos procedimentos



(Marek Phipps, Sands, 2003; Hockenberry & Wilson, 2014)

14

*Ansiedade*

*Pais*

O que os pais referem:

- Mal-estar persistente
- Preocupação excessiva
- Alterações no sono
- Alterações na memória
- Cefaleias, náuseas e vômitos
- Tensão muscular
- Sensação de dispneia
- Tremores e “formigueiros” das extremidades
- Palpitações



(DGS, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos Psicólogos, 2019)

15



**Modelo de Trabalho  
Emocional em Enfermagem  
Pediátrica**

(Diogo, 2015, 2019)

16



**Modelo TEEP**

*“Promover um ambiente seguro e afetivo”*

- **Acolher** (apresentar-se e apresentar o serviço)
- **Cumprimentar**
- **Expressar afeto** (linguagem dos *dozinhos*, postura carinhosa e expressões de afeto dos enfermeiros)
- **Gerar ambiente familiar** (ambiente humanizado/seguro)
- Preservar a segurança no quarto
- **Sintonia com o mundo infantil**
- **Despedidas calorosas** (agradecimento e partilha de afetos)
- **Fotografias**



17



Boa tarde. Sou a enfermeira “Maria”, sou eu que estou com a sua filha.

“Vou ter saudades vossas. Vou continuar a telefonar... Posso?!”

“Quando cheguei a enfermeira estava a aconchegar, a fazer festinhas...”

18

“

*“Transformar positivamente a experiência e facilitar a adaptação à situação de doença e hospitalização”*

(Diogo, 2015, p. 119)

19

### **Modelo TEEP**

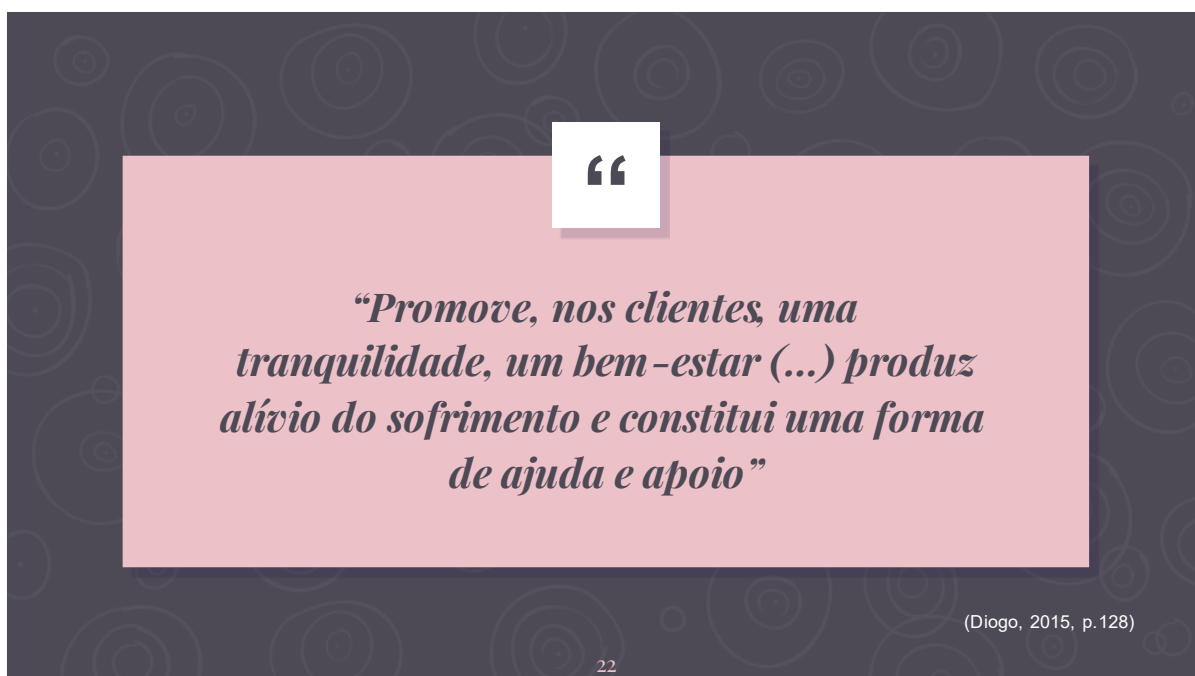
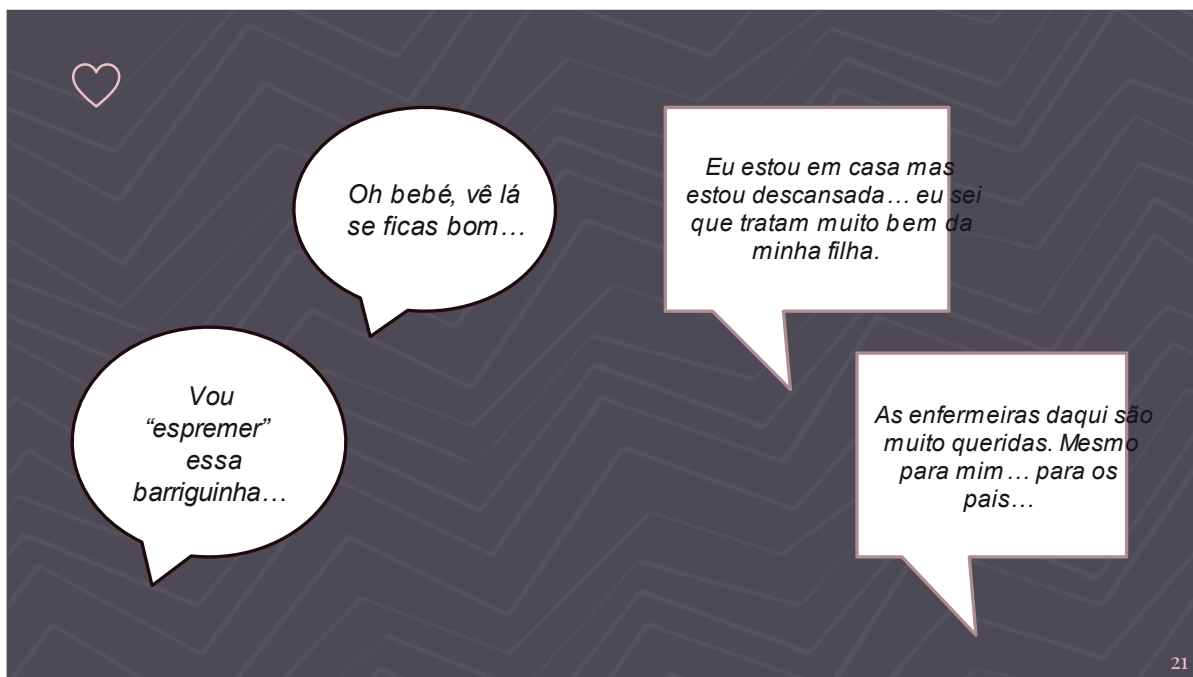
*“Nutrir os cuidados com afeto”*

➤ **Dádiva de afeto** (sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo, falar animado, carinho, colo)

Quando {  
- bebê está ao nosso cuidado  
- associado aos procedimentos

Modo {  
- Espontâneo  
- Intencional

20



**Modelo TEEP**

*“Facilitar a gestão das emoções do cliente”*

➤ **Gestão emocional de antecipação**

- Postura calma e carinhosa
- Mostrar disponibilidade
- Preparação para os procedimentos
- Fornecer explicações / informações
- Favorecer a expressão de sentimentos
- Dar reforço positivo
- Distração

23

**Modelo TEEP**

*“Facilitar a gestão das emoções do cliente”*

➤ **Gestão das emoções reativas**

- Envolver a família nos cuidados
- Explicar e esclarecer dúvidas
- Colocar-se ao lado
- Fazer pausas
- Fomentar a esperança
- Dar carinho
- Diferenciar os momentos
- Desviar o foco de atenção
- Encorajar e restringir

24

Está a ver, hoje já trocou a fraldinha sem haver “acidentes”.

Tem mais alguma dúvida?!

Foi difícil... mas depois a enfermeira fez-lhe umas festinhas e ficou mais calmo...

O “José” hoje já come mais um bocadinho!

Atender-me sempre... É bom porque o meu pensamento está aqui e assim é mais fácil ir a casa... estão sempre bem dispostas e ajudam sempre...

25

“Diminuição da ansiedade e do medo permitindo tranquilizar e minimizar o sofrimento”

26

(Diogo, 2015, p. 145)

**Modelo TEEP**

*“Construir a estabilidade na relação”*

➤ **Envolvimento emocional**

- Ligação afetiva
- Proximidade
- Conhecimento mútuo
- Confiança

➤ **Gestão dos episódios conflituosos**

- Abordagem calma/controlado
- Dar espaço para a expressão
- Desmontar o problema
- Procurar a reconciliação
- Não fazer juízos de valor

27

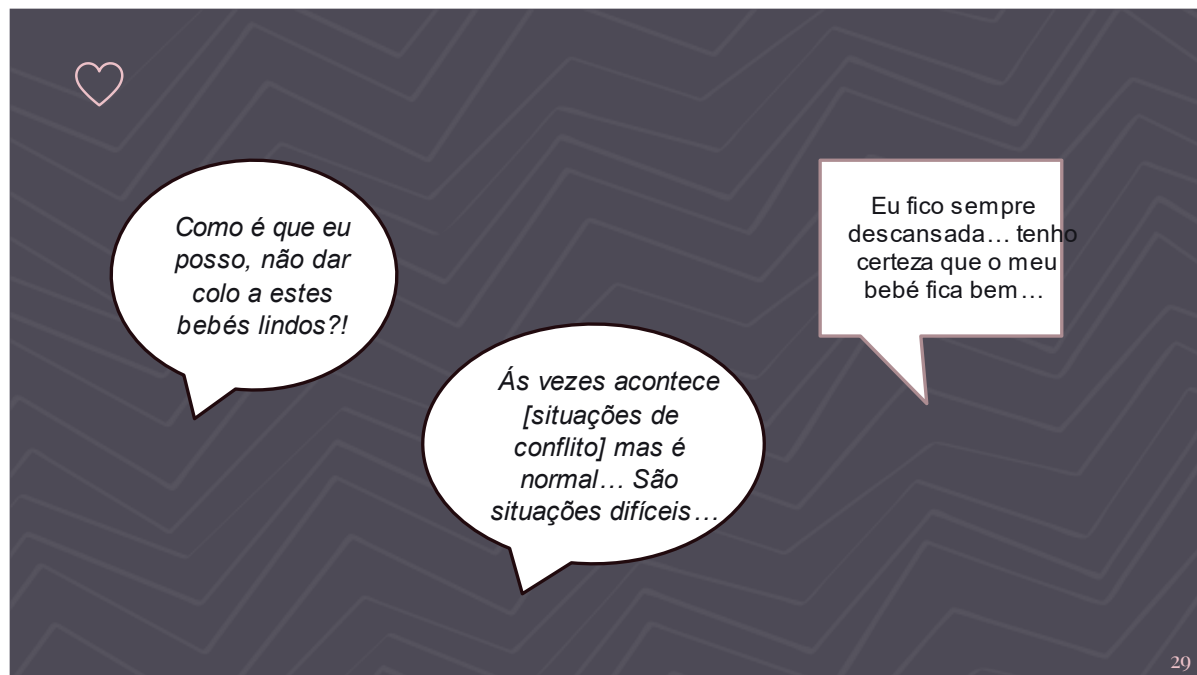
**Modelo TEEP**

*“Construir a estabilidade na relação”*

➤ **Equilíbrio de poderes**

- Tomada de decisão partilhada
- Dar espaço à função parental
- Colaboração mútua
- Participação do cliente
- Partilha de informação

28



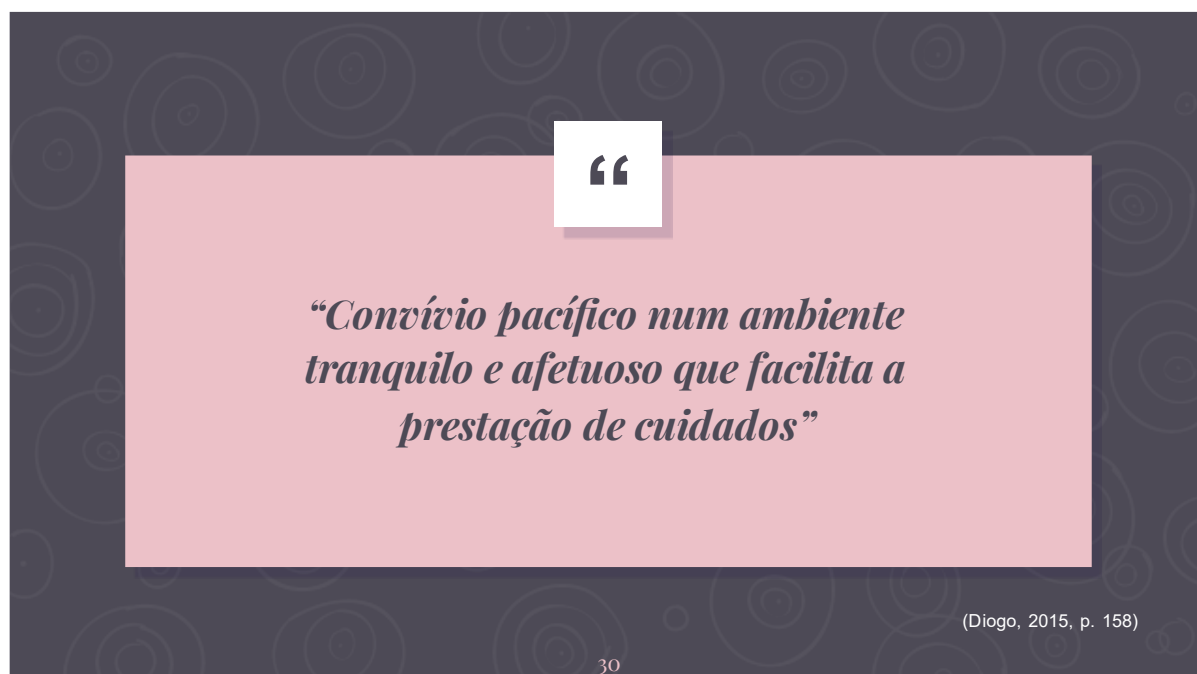
Slide 29 features a dark background with a subtle geometric pattern. In the top left corner, there is a small white heart icon. Three speech bubbles are arranged across the slide, each containing text in Portuguese. The first bubble on the left says, "Como é que eu posso, não dar colo a estes bebés lindos?!", the middle bubble says, "Às vezes acontece [situações de conflito] mas é normal... São situações difíceis...", and the third bubble on the right says, "Eu fico sempre descansada... tenho certeza que o meu bebé fica bem...". The number 29 is in the bottom right corner.

Como é que eu posso, não dar colo a estes bebés lindos?!

Às vezes acontece [situações de conflito] mas é normal... São situações difíceis...

Eu fico sempre descansada... tenho certeza que o meu bebé fica bem...

29



Slide 30 has a dark background with a spiral pattern. A large pink rectangular box is centered on the slide. Above the box, there is a small white square containing two black quotation marks. Inside the pink box, a quote is written in a stylized, italicized font: "Convívio pacífico num ambiente tranquilo e afetivo que facilita a prestação de cuidados". Below the pink box, the number 30 is visible. In the bottom right corner, there is a citation: (Diogo, 2015, p. 158).

“Convívio pacífico num ambiente tranquilo e afetivo que facilita a prestação de cuidados”

(Diogo, 2015, p. 158)

30

### **Modelo TEEP**

*“Regular a sua  
disposição  
emocional para  
cuidar”*

- Analisar as experiências
- Partilhar o que sente
- Compreensão das reações dos clientes
- Atenuar positivamente
- Não se deixar afetar

31

“

*“(…) inibir ou induzir emoções nos  
próprios de modo a manterem uma  
disposição emocional essencial para  
cuidar”*

(Diogo, 2015, p. 170)

32





O desempenho do trabalho emocional é uma competência necessária para equilibrar a dádiva de afeto, com um grau apropriado de desapego para prestar cuidados de acordo com as melhores práticas e alcançar os melhores resultados em saúde para os clientes através da mobilização de “(...) estratégias transformadoras das experiências emocionais perturbadoras procurando gerir positivamente as suas próprias emoções e manter o envolvimento emocional com os clientes” (Diogo & Rodrigues, 2012, p. 67).

(Bandolamen, Sili, Caruso & Fida, 2017; Diogo & Rodrigues, 2012, p. 67)

33



## Considerações finais

34

### *Sugestões*

#### Pais

- ▶ Fazer uma pausa (parar 10 segundos, inspirar e expirar lentamente, 5 vezes)



- ▶ Reservar um período do dia para fazer uma atividade que goste, afastado da criança (por exemplo, dormir, ler, ouvir música)
- ▶ Concentrar-se no “aqui e agora”

(DGS, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos Psicólogos, 2015)

35

### *Sugestões*

- ▶ Aceitar o que não pode mudar ou controlar
- ▶ Falar, com pessoas da sua confiança, sobre o que sente
- ▶ Confiar nas suas capacidades para lidar com esta situação difícil
- ▶ Pedir ajuda

#### Enfermeiros

- ▶ Incentivar o “Diário do bebé”
- ▶ Postar o aniversário
- ▶ Promover esperanças realistas/reforço positivo
- ▶ Promover a participação dos pais nos cuidados



(DGS, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos Psicólogos, 2015)

36

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition*. EUA: American Psychiatric Association.
- Bandalamenti, S., Sili, A., Caruso, R. & Fida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review. *British Journal of Nursing*, 26 (1), p. 48-55.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Loures: Lusodidacta
- Dias, F. de F. V. (2015). A ansiedade Infantil: vulnerabilidades da criança e influências dos pais. Tese de doutoramento Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA).
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 62-67.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão Scoping. *Revista Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2ª versão revista).
- Goleman, D. (2011). *Inteligência emocional. A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed) Loures: Lusociência.
- Lourenço, A. S. D. A. (2016). *Ingestão de alimentos como mecanismo de regulação da ansiedade* (Master's thesis).
- Marek, J. F., Phipps, W. J., & Sands, J. K. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica—Conceitos e Prática Clínica*. Lusociência, sexta edição, 3.
- Ordem dos enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos OE, 1(8), 1-43
- <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-pais-e-os-bebes-prematuros1.pdf>

37

*Obrigado*

38

## Sessão de formação em serviço: “Trabalho emocional na neonatologia”



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE

11.º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

# *Trabalho emocional na neonatologia*

Professora orientadora: Professora Doutora Paula Diogo  
Orientadora de estágio: Enfermeira ESIP Inês Cruz  
Estudante: Sílvia Santos

Abril, 2021

ESEL  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Plano de sessão de formação em serviço Unidade de Neonatologia

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                                                  |                                                         |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Tema:</b> Trabalho emocional na neonatologia                                                                                                                                                                                                                                                              |                | Local: Serviço de Neonatologia (via Teams)       |                                                         | Data/hora: 16 de Abril às 15:30h                                  |
| <b>Formador:</b> Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                                  |                                                         | Duração: 60 minutos                                               |
| <b>Destinatários:</b> Equipa de enfermagem do serviço Neonatologia                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                  |                                                         |                                                                   |
| <b>Objetivo geral:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☉ Refletir sobre o trabalho emocional no serviço de neonatologia</li></ul> <b>Objetivo específico:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☉ Refletir sobre a intervenção do EEESIP na identificação e gestão da ansiedade dos pais</li></ul> |                |                                                  |                                                         |                                                                   |
| <b>Atividades / Conteúdos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Duração</b> | <b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>            | <b>Avaliação</b>                                        | <b>Recursos didáticos / materiais</b>                             |
| <b>Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☉ Apresentação do formador, do sumário e dos objetivos da sessão de formação</li></ul>                                                                                                                                                               | 10 minutos     | Método expositivo                                | Avaliação diagnóstica através de formulação de questões | Computador com software Office Powerpoint<br><br>Plataforma Teams |
| <b>Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☉ Sentimentos de pais com filhos internados na neonatologia</li><li>☉ Conceito de emoção e de ansiedade</li><li>☉ Sinais e sintomas de ansiedade dos pais</li><li>☉ Modelo TEEP e sua aplicabilidade no serviço de neonatologia</li></ul>       | 30 minutos     | Método expositivo                                |                                                         |                                                                   |
| <b>Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>☉ Considerações finais</li><li>☉ Sugestões sobre estratégias de gestão da ansiedade</li><li>☉ Partilha de experiências e ideias</li><li>☉ Encerramento da sessão</li></ul>                                                                            | 20 minutos     | Diálogo e discussão em grupo<br><br>Método ativo |                                                         |                                                                   |

## **b) Ansiedade dos pais na unidade de neonatologia: reflexão sobre os registos de enfermagem**

O presente documento visa refletir acerca do registo, por parte dos enfermeiros, da ansiedade vivenciada pelos pais que acompanham os seus filhos numa unidade de neonatologia de um hospital da área de Lisboa. Mas, o que são registos de enfermagem?

Segundo a OE (2015b), registos de enfermagem são

o conjunto de informação produzida pelo enfermeiro na prática clínica, na qual compila informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão, de outros técnicos e implementado pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e, toda a restante informação necessária à continuidade de cuidados (p.1).

No mesmo documento pode ler-se que os registos de enfermagem são essenciais, pois fornecem informação objetiva a todos os profissionais de saúde com a finalidade de “garantir a continuidade das ações nos acontecimentos ocorridos durante um determinado período de tempo e constituem-se como uma das actividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados” (OE, 2015b, p.1). Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo contactam com os utentes, envolvendo enorme diversidade de decisões e atos praticados, resultando numa grande quantidade de informação clínica, que deve ser processada e disponibilizada nos sistemas de informação, utilizando linguagem CIPE, sendo responsabilidade do enfermeiro “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (OE, 2017).

O registo de enfermagem é, portanto, a ação de colocar por escrito informações relativas a determinada pessoa que requer cuidados de enfermagem, servindo esta informação de guia orientador para a continuidade dos cuidados, devendo incluir os diagnósticos de enfermagem assim como, as intervenções implementadas e os resultados obtidos (Silvestre, 2012 citando Figueiroa-Rego, 2003). O registo dos cuidados de enfermagem promove a continuidade do cuidado, produz a documentação do cuidado prestado, possibilita a sua avaliação, facilita a pesquisa e otimiza a gestão dos cuidados (Sousa & Figueiredo, 2021). Outro aspeto muito relevante dos registos de enfermagem é, o de serem um meio de tornar visível a prática profissional de enfermagem, produzindo indicadores com base nas

informações documentadas, que sendo uma atividade autónoma, são essenciais para a afirmação da profissão (Sousa & Figueiredo, 2021).

Assim, no âmbito do meu estágio na unidade de neonatologia e, tendo por base o tema do meu projeto de estágio, pareceu-me pertinente indagar junto da EEESIP, mas também pesquisando os processos clínicos, sobre o registo da ansiedade dos pais que acompanham os seus filhos numa unidade de neonatologia.

O sistema de informação da unidade de neonatologia onde estagiei, é o Bsimple – ICU.CARE e baseia-se na linguagem CIPE, tal como recomendado pela OE. Neste existe uma lista de focos de enfermagem pré-definidos pela equipa de enfermagem, como sendo os que melhor se adequam aos seus clientes. Contudo, o sistema permite, sempre que o enfermeiro assim entender, pesquisar outros focos que sejam necessários para adicionar ao processo de enfermagem de forma a completá-lo. O que pude verificar ao pesquisar os processos clínicos daquela unidade é que em nenhum processo existia o foco “ansiedade”, embora ao efetuar uma pesquisa livre no sistema informático, este foco existisse. De facto, o sistema apresenta um diagnóstico “ansiedade”, com o significado, “tipo de emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhada de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor nas palmas das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula” (retirado do sistema ICU.CARE). Importa referir que, diagnóstico de enfermagem é o “rótulo atribuído por um Enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem (...) que diz respeito ao estado do cliente, a problemas, necessidades e/ou potencialidades” (Diogo et al., 2017, p. 81).

Uma vez que, existia de facto o diagnóstico “ansiedade”, questionei-me porque não era um dos selecionados pela equipa de enfermagem? Será que os pais com filhos na unidade de neonatologia não experienciam períodos de ansiedade? Ou simplesmente não é registada?

Procurei, então, responder a estas questões pesquisando com maior pormenor os processos clínicos, mas também recolhendo informações junto da EEESIP. De facto, a ansiedade vivenciada pelos pais é registada pelos enfermeiros, mas o registo é feito, habitualmente, em notas gerais ou associada à intervenção “apoio aos pais”. Segundo os processos consultados, a equipa de enfermagem regista como fatores que provocam ansiedade nos pais o momento da alta, as pesagens dos filhos, o

agravamento do estado clínico, o sucesso da amamentação materna, a existência de irmãos (dos recém-nascidos), e o confronto entre o bebé imaginário e o bebé real.

Era prática da equipa de enfermagem o registo do estado emocional dos pais, nomeadamente, das dificuldades sentidas, das estratégias implementadas pelos enfermeiros e dos resultados obtidos, mas este registo é realizado em notas gerais. São alguns exemplos desses registos, *«mãe em recuperação de cesariana, ainda tem dores. Hoje referiu sentir-se muito ansiosa em casa, “não consigo pensar noutra coisa (sic)”*. *Prestado apoio emocional, reforçando que se achar adequado deve descansar mais em casa de forma a recuperar mais rapidamente e, assim, ter mais capacidade de prestar cuidados à filha»*, *«Mãe referiu que “ainda não caiu a ficha” (sic)*. *Reforçado que os enfermeiros estão disponíveis para a ajudar»*, *«mãe mais ansiosa por ter assistido a PCR do RN ao lado do filho, referindo que precisa de “espairecer com o marido”*. *Incentivada a fazê-lo*. *Reforçado que, quando está em casa, pode contactar o serviço para ter informações da filha de forma a ficar mais tranquila»*.

Constatei que a equipa de enfermagem estava desperta para os sinais de instabilidade emocional dos pais, disponibilizando-se para lhes prestar apoio da forma que lhes fosse mais adequada – houve pais que solicitaram mais fotografias quando estavam no domicílio, outros precisavam de falar sobre o que estavam a vivenciar, outros que lhes fosse dito que não havia mal nenhum em tirar algum tempo para eles próprios (explicando que isso não os tornava maus pais) e, noutros casos, o melhor apoio era dar espaço e tempo para aceitar a realidade.

Pude constatar que todos os enfermeiros identificavam os sinais e sintomas, mais frequentes, de ansiedade nos pais (por exemplo, inquietação, verbalização de sensação de desmaio ou palpitações, pensamentos repetitivos, entre outros), intervindo prontamente para os ajudar a gerir esta emoção. Todas estas informações eram escritas em notas gerais, mas também, eram transmitidas e discutidas entre os enfermeiros durante as passagens de turno. As passagens de turno, para além de serem muito importantes para a continuidade dos cuidados, são momentos de partilha de informações e experiências, que permitem à equipa de enfermagem decidir quais as intervenções mais adequadas a cada cliente. De salientar o papel que a EEESIP desempenha como elemento de referência na equipa. Durante o meu estágio houve dois RN cuja situação clínica era de maior complexidade, com prognóstico reservado e, por conseguinte, também a vivência emocional dos pais era mais intensa, pelo que preferencialmente eram as EEESIP que assumiam a prestação de cuidados a estes clientes. Estando muito atenta aos sinais de sofrimento emocional destes pais, a



EEESIP dedicou grande parte do tempo de cuidados a ouvi-los, a esclarecer dúvidas, a estabelecer uma ponte entre ambas as famílias para que se apoiassem mutuamente (semelhante a um grupo de apoio já que ambas as famílias viviam situações idênticas), e a promover uma esperança realista (dizendo, por exemplo, “as *análises do G. estão melhor que ontem*”, “o *M. aumentou 10gr, está um comilão*”). Tudo isto é cuidado de enfermagem... todas estas informações foram transmitidas na passagem de turno e refletidas em conjunto pelos enfermeiros presentes, mas será que foi registado de forma pormenorizada? De facto, o registo efetuado não traduz de forma fiel e com grande pormenor todos os cuidados prestados. Toda a equipa de enfermagem referiu atribuir grande importância aos registos de enfermagem nomeadamente à componente emocional dos cuidados. Foi referido que nem sempre o tempo disponível é suficiente para que sejam efetuados registos mais pormenorizados pois direcionam grande parte do seu tempo para os cuidados diretos aos clientes. Diogo et al. (2017), mencionam que os “diagnósticos/resultados (...) relacionados com a experiência emocional, (...), são mais verbalizados em passagem de turno e em relatos da experiência de cuidados, e são menos registados no sistema informático de documentação de registos de enfermagem” (p. 99), o que coincide com a realidade do serviço onde estagiei.

Outra dificuldade no registo, especificamente da ansiedade, no sistema informático prende-se com a uniformização do registo, em que estão definidas um conjunto de ações que podem não fazer sentido para todos os clientes, e que dificulta a individualização do plano de cuidados.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) (OE, 2001), referem que o enfermeiro, procurando permanentemente a excelência do exercício profissional, deve contribuir para a elevada eficácia na organização dos cuidados sendo fundamental “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p.18), certificando a importância que estes têm na nossa prática profissional.

A dimensão emocional do cuidar em enfermagem pediátrica é fundamental para a prestação de cuidados e é amplamente reconhecida pelos enfermeiros, porém os registos não evidenciam esta componente dos cuidados, não sendo visível para os outros profissionais de saúde, nem para os órgãos de gestão. Relativamente ao registo da ansiedade, pude constatar que os enfermeiros da unidade de neonatologia,

valorizam os registos de enfermagem, mas devido ao volume de trabalho a que estão sujeitos, nem sempre é possível registar fielmente as intervenções implementadas no âmbito da gestão da ansiedade dos pais.

## Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition*. EUA: American Psychiatric Association.
- André, S. (2020). *Implementação da consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre.
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. in M.J., Hockenberry, D., Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 1, Chap. 10, pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Bandolamenti, S., Sili, A., Caruso, R. & Fida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing? A narrative review. *British Journal of Nursing*. 26 (1), p. 48-55.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Diário da República (2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República, 2a Série*, 119(22 de junho de 2015), 16660-16665.
- Dias, F. de F. V. (2015). A ansiedade Infantil: vulnerabilidades da criança e influências dos pais. Tese de doutoramento Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA).
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 16(1), 62-67.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P.; Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M. J., Fernandes, N. & Fonseca,

- R. (2017) in Diogo, P. (Coord.) (2017). *Investigar os fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão Scoping. *Revista Pensar Enfermagem*, 23(1), 21-40
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista)*.
- Goleman, D. (2011). *Inteligência emocional. A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hockenberry, M. J. (2014). A influência da família na promoção da saúde da criança. in M.J., Hockenberry, D., Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 1, Chap. 3, pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed) Loures: Lusociência.
- Lourenço, A. S. D. A. (2016). *Ingestão de alimentos como mecanismo de regulação da ansiedade* (Master's thesis).
- Marek, J. F., Phipps, W. J., & Sands, J. K. (2003). Enfermagem Médico Cirúrgica– Conceitos e Prática Clínica. *Lusociência*, sexta edição, 3.
- Klock, P., Buscher, A., Erdmann, A. L., Costa, R. & Santos, S. V. (2019), Melhores práticas na gerência do cuidado de enfermagem neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, p. 1-14.
- Lopes, N., & Ferreira, R. (2015). Intervenção dos enfermeiros na capacitação parental no relacionamento pais-filhos. *Revista da UIIPS*, 3(5), p. 312-329.
- Lopes, M. S. O. C., Lopes, F. O. C. F., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). *Parentalidade nos primeiros três anos da criança: Stress e coping auto relatados pelos pais*.
- Martins, C. A., de Abreu, W. J. C. P., & do Céu Aguiar Barbieri De Figueiredo, M. (2017). Tornar-se Pai ou Mãe: O desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras*, 6(4), p. 146–161. <https://doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Adaptação À Parentalidade Durante A Hospitalização–Guia Orientador De Boa Prática. *Cadernos da OE, Série, 1*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Parecer CJ 196/2014. Lisboa: Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015c). CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Loures: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2a Série*, 133(12 de Julho de 2018), 19192-19194.
- Santos, C. I. P. (2014). *Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale-Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa*.
- Sousa, M. H., & Figueiredo, A. S. (2021). Nursing records in portuguese periodicals (1958-1998): A bibliometric study. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), p. 1-6. <https://doi.org/10.12707/RV20173>
- Valente, A. S. & Seabra-Santos, M. J. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediatr Port*, 42(1), p. 1-7.
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. in M.J., Hockenberry, D., Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 1, Chap. 8, pp. 240-293). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014). Promoção da saúde do lactente e da família. in M.J., Hockenberry, D., Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 1, Chap. 12, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- <https://www.ordemdospsicologos.pt/>, acedido a 1/3/2021.
- <https://covid19.min-saude.pt/>, acedido a 1/3/2021.
- <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-pais-e-os-bebes-prematuros1.pdf>, acedido a 1/3/2021

## Apêndice VII – Atividades de estágio contexto CDC



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica:  
Intervenções que facilitam a gestão da ansiedade da  
criança e família nos processos saúde-doença**

**Atividades de Estágio CDC**

**Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**  
**N.º 9555**



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



**Lisboa**  
**2020**

## ÍNDICE

|                                                                                       |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>SUMÁRIO .....</b>                                                                  | <b>2</b> |
| <b>a) Doença crónica complexa: gestão de emoções da criança, jovem e família.....</b> | <b>2</b> |
| <b>Referências bibliográficas .....</b>                                               | <b>7</b> |

## SUMÁRIO

Os avanços científicos da atualidade traduzem um aumento da esperança de vida de crianças com doenças crônicas complexas (DCC), conduzindo à necessidade de adaptação dos serviços e dos cuidados de enfermagem a esta nova realidade.

Considera-se DCC, situações de doença prolongada no tempo, que afete mais do que um órgão ou sistema orgânico, requerendo cuidados pediátricos especializados (Lacerda, Oliveira, Cancelinha & Lopes, 2019). O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), onde decorreu o meu estágio, é um centro multiprofissional vocacionado para o diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação de crianças e famílias com situação de DCC.

Para este contexto de estágio foram planeados como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica funcional, estrutural e organizacional dos serviços;
- Desenvolver competências comunicacionais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família,
- Identificar necessidades emocionais da criança, jovem e família em contexto de cuidados pediátricos;
- Implementar intervenções que visem a minimização da ansiedade da criança, jovem e família;
- Prestar cuidados à criança, jovem e família em situação de doença crónica complexa.

Seguidamente, apresenta-se a atividade realizada, visando concretizar os referidos objetivos.

### **a) Doença crónica complexa: gestão de emoções da criança, jovem e família**

No âmbito do meu estágio de duas semanas num Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), da área de Lisboa, propus-me efetuar uma reflexão sobre os cuidados prestados à criança, jovem e família com situação de doença crónica complexa, no que respeita à gestão de emoções como a ansiedade.

Para este Centro de Desenvolvimento são referenciadas crianças e jovens com situações de Doença Crónica Complexa (DCC), do foro neurológico ou do desenvolvimento, constituindo em centro multiprofissional que proporciona



investigação, avaliação, diagnóstico e tratamento a estas crianças e jovens, sem descurar o acompanhamento médico e psicossocial às famílias.

Segundo Lacerda, Oliveira, Cancelinha e Lopes (2019), DCC é definida como

“qualquer situação médica para que seja razoável esperar uma duração de pelo menos 12 meses (exceto em caso de morte) e que atinja vários diferentes sistemas ou um órgão de uma forma suficientemente grave, requerendo cuidados pediátricos especializados e provavelmente algum período de internamento num centro médico terciário” (p. 489).

McElfresh e Merck (2014), complementam referindo que doenças crónicas são condições que interferem com a vida quotidiana para além de 3 meses num ano ou que necessitam de internamentos prolongados, para além de 1 mês num ano (no momento do diagnóstico), ou ambas as situações (p. 898).

Os avanços científicos na área da Medicina permitem um aumento da sobrevivência de recém-nascidos e crianças, o que se traduz num aumento de crianças e jovens com necessidades de saúde complexas. O diagnóstico de DCC constitui um acontecimento perturbador para toda a família, implicando adaptações da família às exigências de cuidados da criança, significando que todos os membros da família são afetados e por esta razão o enfermeiro está atento a sinais de dificuldade de gestão emocional em cada um dos membros (Nogueira & Ribeiro, 2018).

O estágio neste CDC teve um enorme impacto em mim, quer como enfermeira, quer como pessoa. Ao longo da minha experiência profissional sempre cuidei de utentes com doença aguda pelo que foi o meu primeiro contacto com crianças e jovens com situações de saúde complexas, mas que não estão “doentes. Refletindo sobre o motivo pelo qual esta experiência foi tão impactante, percebo que nunca tinha imaginado o que acontecia a estas famílias depois do diagnóstico ou da alta hospitalar, por exemplo, de uma unidade de neonatologia. Durante o estágio na unidade de neonatologia, sempre que um recém-nascido tinha alta sentia uma gratificação imensa, por ter contribuído para salvar aquela vida, sentia uma grande realização profissional. Só quando iniciei o estágio no CDC, compreendi verdadeiramente o significado de um diagnóstico de DCC, perspetivando as necessidades de cuidados destas crianças e famílias. Compreendi que, é necessária uma equipa com profissionais de saúde das mais diversas áreas para apoiar e cuidar destas famílias, mas que o enfermeiro, especificamente o enfermeiro EESIP, é a figura central que coordena todos os outros, sempre visando melhores cuidados. Neste centro também

são acompanhadas famílias em que a possibilidade de um diagnóstico de DCC surge mais tarde, durante o desenvolvimento da criança. Tanto numa situação como na outra, são famílias expostas a níveis de stress, ansiedade, frustração e medo, muito intensos pelo que a equipa de enfermagem do CDC desenvolve um trabalho emocional muito importante e, muitas vezes, desafiante.

A equipa de enfermagem deste centro, tem um trato muito afável entre si mas também com os outros profissionais, funcionando como uma grande “família”, suportando-se nas dificuldades, desdobrando-se em cuidados uns com os outros. Era, por essa razão, um ambiente muito sereno, mas alegre. Mesmo nos dias mais movimentados, não havia gritos nem reclamações, antes, palavras de incentivo como *“esta consulta (de enfermagem) correu bem, as notícias foram boas. A próxima também, vão ser boas notícias, vais ver”*, *“Vamos conseguir resolver essa questão, vamos pensar as duas...”*, demonstrando como os elementos se apoiavam entre si. Segundo Diogo (2015, 2019), um dos fatores que facilita o trabalho emocional em pediatria é o apoio entre colegas, mas também o conhecimento das capacidades e limitações de cada um, pelo que a regulação emocional nos próprios enfermeiros facilita a gestão emocional dos clientes.

Diversas vezes os pais chegavam à consulta com um discurso ligeiramente agressivo, como na situação em que um pai (que lidava com o diagnóstico de paralisia cerebral), dirigindo-se para a enfermeira perita, num tom de voz bastante elevado, disse *“olha, estás a magoar o meu filho (durante a colheita de sangue)!”*. Embora este pai estivesse a ser desrespeitoso e, a meu ver, agressivo, a enfermeira nunca elevou o tom de voz, nunca se mostrou ansiosa e foi respondendo com muita tranquilidade *“Sr. A., precisamos mesmo destas análises. É muito importante para o seu menino”*. Após esta episódio, questionei a enfermeira sobre o que sentia em relação a este pai, respondendo *“É normal reagir assim... está num grande sofrimento, ainda está a aceitar que, o filho que tem, não é o filho que imaginou. Precisa de tempo. E além disso, ele não estava zangado comigo... é com a vida que está zangado”*, revelando “capacidade de entender as atitudes e respostas dos clientes, aquando da sua agressividade ou revolta” (Diogo, 2015, p. 166), conseguindo minimizar as emoções de conotação negativa projetadas nela.

As enfermeiras valorizam as relações estabelecidas com os seus clientes. Todas as famílias têm uma enfermeira de referência a quem recorrem pelos mais diversos motivos, no entanto, sempre que esta não está disponível, as famílias são informadas sobre quem a substitui. As enfermeiras conhecem todas as crianças e

famílias, o que é facilitador. Logo que as crianças e famílias chegam ao CDC, são acompanhadas para o gabinete, não há tempo de espera, para que nada aumente o desconforto dos clientes. Eu, enquanto acompanhei a EESIP, era apresentada logo na sala de espera, para que os clientes tivessem um momento para se habituarem à minha presença. Numa ocasião, fomos chamar um adolescente para procedermos a colheita de sangue, e quando fui apresentada, percebi que a minha presença havia despertado curiosidade. Perguntei à EESIP se podia assumir os cuidados (entre este adolescente e a EESIP existia uma relação com vários anos de evolução, pelo que eu não queria ser um elemento desestabilizador), ao que a EESIP concordou. Assim, percorremos o corredor, inicialmente em silêncio até que ele pergunta se eu sabia “tirar sangue”. Eu respondi que, não era a primeira vez que o fazia e que, habitualmente, corria bem. Depois disse-me que estava ansioso, mas que não era pelas análises, mas porque tinha um teste no dia seguinte. A minha vontade era a de colocar a minha mão no seu ombro e confortá-lo, mas sabia que pela sua condição de saúde, não o deveria fazer. Antes, optei por falar da minha experiência como estudante, utilizando algum humor. Todo o procedimento decorreu muito tranquilamente. À saída, a mãe deste adolescente agarrou a minha mão e agradeceu-me pelo cuidado, calma e boa disposição, facto que me incutiu um sentimento de grande alegria!

Estava preconizado no serviço que todas as colheitas de sangue eram realizadas por marcação para que fosse possível a aplicação de anestésico tópico (EMLA®) no domicílio, antes da chegada ao CDC e, assim minimizar o *stressor* que é a dor. Esta intervenção enquadra-se nos cuidados não traumáticos. Também a distração e a brincadeira eram utilizadas, conforme a situação de saúde das crianças, com sucesso. É filosofia do CDC que estes procedimentos dolorosos sejam realizados sempre nas suas instalações (em vez de se deslocarem ao serviço de patologia clínica), devido à relação de confiança já estabelecida com as famílias, o que favorece a diminuição da ansiedade dos mesmos. Todos os cuidados têm como base fundamental a comunicação, adaptada a cada criança ou jovem e família, sendo o plano de cuidados negociado entre todos. A partilha de informações com os pais era constante, nomeadamente ao que respeita ao desejável e possível desenvolvimento dos seus filhos, habilidades e competências que podem adquirir e quais as intervenções que os pais podem implementar no sentido de maximização da saúde.

Recordo uma situação em que a EESIP conversava com uma mãe de uma criança com hiperatividade; a mãe dizia que não suportava que o filho se levantasse

da mesa durante as refeições e que isso era motivo de conflito e frustração para ela. A EEESIP, com um tom de voz muito suave e calmo, tentou estabelecer uma meta que o filho conseguisse cumprir e que fosse confortável para a mãe – no caso, o menino ia fazer um esforço por só sair da mesa três vezes. Embora fosse uma contrariedade na vida familiar, esta era uma de muitas que se acumulam no seio familiar e nem sempre os pais conseguem ultrapassá-las sem ajuda, o que pode conduzir a situações de grande instabilidade emocional e a doenças, como a depressão. É para prevenir situações limite, eliminando ou reduzindo *stressores* no sistema-cliente, que o EESIP orienta a sua intervenção no que respeita à gestão emocional.

Por tudo, o que tenho descrito neste documento é facilmente perceptível que a grande maioria das famílias (crianças, jovens e pais ou cuidadores), vivem emoções muito intensas, seja porque vivem um período de luto pelo filho que nunca vão ter - *“Temos de aceitar o que Deus nos dá... Foi difícil no início, mas agora é mais fácil”* (verbalizado por uma mãe na consulta de paralisia cerebral), pela dificuldade em aceitar a doença - *“vê enfermeira, ele está tão bem, é tão esperto. Pode ser que não precise de fazer isso (esvaziamento vesical intermitente)”* (mãe de criança com 2 anos, com espinha bífida) ou *“ainda não quero acreditar, ainda acho que estão todos enganados e que ele está bem... tenho medo do que vão descobrir”* (mãe de criança de 1 ano com atraso global do desenvolvimento), pela exaustão – *“não sei como continuar... não consigo dormir... estou tão cansada...”* (mãe de adolescente com paralisia cerebral) ou pelas famílias destruídas - *“o pai não aguentou e foi embora”*, são alguns exemplos do que vivem estas famílias. A equipa de enfermagem, suportada pela EEESIP, desempenha um trabalho emocional notável no cuidado a estas famílias. A promoção da parentalidade visa capacitar os pais para os cuidados específicos aos filhos, de forma autónoma ou com alguma supervisão, de forma a reduzir o número de vezes que recorrem aos serviços de saúde. Por outro lado, ao favorecermos as suas competências, os pais sentem-se mais confiantes no seu papel de cuidador, potenciando a gestão emocional necessária.

Embora não existam desenhos animados na televisão, ou música, por causa do ruído que pode ser perturbador para algumas crianças, o serviço é muito colorido e tem pendurados dezenas de desenhos de crianças do CDC. As expressões de afeto, como o toque ou os abraços não são generalizados para todas as crianças, uma vez que há crianças que ficam perturbadas, mas existe sempre uma palavra carinhosa, para a criança e para os familiares.

Outro aspeto observado durante as consultas de enfermagem, era a mudança de postura corporal dos pais, quando a enfermeira perguntava “Já percebi que o príncipe está ótimo, mas e a mãe?”. Para além de demonstrar preocupação com o cuidador, demonstra disponibilidade para ouvir, permitindo ventilar emoções de tonalidade negativa, como a ansiedade (Diogo, 2015, 2019). A partilha de informações e a disponibilidade para esclarecer dúvidas são dois aspetos salientados pelos clientes como tranquilizador, como no exemplo, “*Ai, se não fosse a minha enfermeira a explicar-me tudo com muita paciência, não sei o que era de mim*”, ou “*às vezes são dúvidas parvas mas eu telefono e fico logo mais calma*”. A promoção da esperança realista da família, ajudando os pais a adequar as suas expectativas às capacidades dos filhos é, igualmente, uma ação importante na gestão emocional pois, tanto pais como filhos experienciam menos períodos de desânimo, como é exemplo, “*a enfermeira bem dizia que ele ia conseguir passar de ano. Ficámos todos muito felizes*”.

Todas as ações descritas, e muitas outras que não me é fácil transcrever, demonstram como o trabalho emocional está implícito nos cuidados à criança, jovem e família com DCC, favorecendo a gestão de emoções, como a ansiedade.

Os enfermeiros, e especificamente os EEESIP, têm um papel fundamental na promoção da qualidade de vida e do bem-estar da criança ou jovem com DCC e sua família, pois é competência destes a prestação de cuidados que respondam apropriadamente às situações de doenças raras e a promoção da adaptação das crianças, jovens e famílias à doença crónica (OE, 2018).

## Referências bibliográficas

- Batalha, L. M. C. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual do estudo – versão 1)*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista)*.
- Lacerda, A. F., Oliveira, G., Cancelinha, C. & Lopes, S. (2019). Utilização do

internamento hospitalar em Portugal Continental por crianças com doenças crónicas complexas (2011 – 2015). *Acta Med Port.* 32(7-8), p. 488-498.

McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. in M.J., Hockenberry, D., Wilson (Ed.) *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. 1, Chap. 22, pp. 897-930). Loures: Lusociência.

Nogueira, A. J. & Ribeiro, M. T. (2018). “Na sombra da doença”: uma revisão de literatura sobre a vivência da doença crónica complexa na fratria. *Cadernos de Saúde.* 10(2), p. 42-50.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2a Série*, 133(12 de Julho de 2018), 19192-19194.

## ANEXOS





Anexo I – Certificado 2º Webinar “Trabalho emocional em  
enfermagem pediátrica em tempos de Covid-19”

# CERTIFICADO

Certifica-se que

*Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos*

participou no 2º Webinar Emoções em Saúde - ui&de/ESEL, subordinado ao tema “**Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de COVID-19**”, realizado por videoconferência, no dia 16 de dezembro de 2020, das 15h00 às 17h00.



Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

Anexo II - Certificado 3º Webinar “Trabalho emocional em  
enfermagem pediátrica em tempos de Covid-19”

# CERTIFICADO

Certifica-se que

*Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos*

participou no 3º Webinar Emoções em Saúde - ui&de/ESEL, subordinado ao tema  
"Trabalho emocional em enfermagem pediátrica em tempos de COVID-  
19", realizado por videoconferência, no dia 28 de janeiro de 2021, das 15h00 às  
17h00.

*Paula Pereira Jorge Diogo*

Professora Doutora Paula Diogo  
Coordenadora da Área de Investigação  
"Emoções em Saúde"



Anexo III – Certificado Workshop online “Ansiedade na Infância e  
Adolescência”

## Anexo III – Certificado Workshop online “Ansiedade na Infância e Adolescência”

# CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

## Workshop online

### "Ansiedade na Infância e Adolescência"

Certifica-se que **Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**, participou no **Workshop online: "Ansiedade na Infância e Adolescência"**, realizado no dia 06 de Março de 2021, promovido pela Entidade Formadora Certificada Academia dos +, com a duração de 2 horas e 30 minutos, no qual foram abordados os seguintes conteúdos:

- Ansiedade na infância e adolescência- conceito; -
- Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência;
- Fatores de Risco, Proteção e Manutenção nas Perturbações de Ansiedade;
- Avaliação da Ansiedade na Infância e adolescência;
- Estratégias de intervenção na ansiedade na infância e adolescência;

*Formadora certificada: Rita Rosa*

O/A Responsável pelo projecto e formação

Dr.ª Rita Rosa  
Psicóloga e Formadora Lda  
Academia dos +  
NIF 515 324 215  
N.º de registo: 100 000 000 000 000 000



academia dos +  
educação e formação

☎ 914 211 694 / 221 134 862

✉ [academiadosmais@gmail.com](mailto:academiadosmais@gmail.com)

📍 Rua 37 nº 348, 4500-331 Espinho

f /academiadosmais

📷 /academiadosmais

Anexo IV – Certificado Workshop online “A importância do Brincar”

## Anexo IV – Certificado Workshop online “A importância do Brincar”

ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal  
Avenida da República, 676, 2º Andar, Sala 2.5  
4430-190 Vila Nova de Gaia

Tlf. + 351 22 32 04 187 | Tlm. + 351 91 04 10 514 | geral@reconstruir.pt



### Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que **Sílvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**, portador do Cartão de Cidadão/B.I. nº 12145743, participou no **Workshop Online "A importância do Brincar"** organizado pelo Gabinete ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal, no dia 4 de março de 2021, com a duração de 3 horas.

Vila Nova de Gaia, 4 de março de 2021

O Responsável pelo ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal, Entidade Formadora Certificada



Av. da República, 676, 2º andar, Sala 2.5  
4430-190 Vila Nova de Gaia  
Tlf. 22 320 187 | Tlm. 91 04 10 514  
geral@reconstruir.pt | www.reconstruir.pt

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado nº 1427/2021

De Acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010, de 8 de julho





Anexo V – Certificado Workshop online “Gestão das emoções  
no adulto”

## Anexo V – Certificado Workshop online “Gestão das emoções no adulto”

ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal  
Avenida da República, 676, 2º Andar, Sala 2.5  
4430-190 Vila Nova de Gaia

Tlf. + 351 22 32 04 187 | Tlm. + 351 91 04 10 514 | geral@reconstruir.pt



### Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que **Silvia Carina Rocha Alves Ferreira Santos**, portador do Cartão de Cidadão/B.I. nº **12145743**, participou no **Workshop Online "Gestão das Emoções no Adulto"** organizado pelo Gabinete ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal, no dia 10 de abril de 2021, com a duração de 3 horas.

Vila Nova de Gaia, 15 de abril de 2021

O Responsável pelo ReConstruir – Psicologia e Desenvolvimento Pessoal, Entidade Formadora Certificada



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado nº 2456/2021

De Acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010, de 8 de julho



Anexo VI – Certificado 1.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente com o tema “Acesso à Saúde de Qualidade e promoção do Bem-estar”

Anexo VI – Certificado 1.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente com o tema “Acesso à Saúde de Qualidade e promoção do Bem-estar”



## 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

### Certificado

Certifica-se que SÍLVIA CARINA R. A. FERREIRA SANTOS participou no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”, realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.



---

Isabel Malheiro  
Presidente do Congresso

