



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

Relatório de Estágio

**Cuidar em Enfermagem Pediátrica:
Gestão da Emocionalidade da Família que acompanha a
criança nos processos saúde-doença**

Ana Carolina Simões Barata da Costa Rito

**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**Cuidar em Enfermagem Pediátrica:
Gestão da Emocionalidade da Família que acompanha a
criança nos processos saúde-doença**

Ana Carolina Simões Barata da Costa Rito



Orientador: Professora Doutora Paula Diogo



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O desafio actual da enfermagem é romper com os velhos laços de preocupação com os procedimentos, com os factos *per si*, definições rígidas, racionalismo severo, operacionismo (...) É necessário desenvolvermos métodos que preservem o contexto humano e permitam o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana”

(Jean Watson)

“Aprender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-las em consideração ao mesmo título que outros aspectos da situação”

(Marie-Françoise Collière)

“Porque «nenhum homem é uma ilha», também nós não somos homens de pedra que não se emocionam com as nobres paixões do amor, amizade e compaixão humana.”

(Nelson Mandela)

AGRADECIMENTOS

A ti, Meu Amor... “Dizem que somos loucos da cabeça...”
Ao nosso filho... que pacientemente aguardou o fim deste percurso!

Mamã e Manita, meu porto de abrigo
O vosso colo me tranquiliza quando penso não haver mais nada.

Meu Pai, o melhor pai do Mundo, dos arredores e do Coração!

As minhas meninas mais lindas, Leonor, Madalena e Joana
por não deixarem apagar em mim a simplicidade e “loucura” da infância.

“Tenho o destino marcado, Desde a hora em que te vi
Oh meu cigano adorado, Viver abraçada ao fado, Morrer abraçada a ti” ...
Obrigada Minha Avó, na tua voz está toda a minha tão Feliz infância.

Família, grata pelo vosso apoio em todos os momentos de minha vida
Sou fruto de todo o vosso Amor!

Aos meus amigos, pelas magníficas pessoas que são.
Por fazerem constantemente dos impossíveis, certezas!

À Professora Doutora Paula Diogo... Por toda a orientação altruísta ...
Pela disponibilidade generosa.... Por todo o cuidado afetivo!

RESUMO

Em enfermagem pediátrica, a adoção do binómio criança/família como beneficiário dos cuidados implica que o enfermeiro reconheça a unicidade da família, entendendo-a como constante na vida da criança, reconhecendo a sua individualidade e admitindo a premissa que as atitudes e emoções dos pais são determinantes nos filhos, valorizando, assim, uma perspetiva transacional da influência do impacto emocional intrínseco aos processos saúde-doença (Barros, 2003). Tal como as crianças têm direito a ser acompanhadas pelos seus pais, estes também devem beneficiar de apoio emocional, visando a mobilização de estratégias adaptativas em face a situações potencialmente perturbadoras para toda a família.

Concordante com a problemática identificada, emerge como objeto de estudo as estratégias adotadas pelos enfermeiros, como intervenções terapêuticas e autónomas de enfermagem, na **gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença**.

Tendo em conta estes pressupostos, o presente relatório é o culminar de um percurso académico no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, o qual, através de uma metodologia de reflexão sobre a prática, pretende explicitar o potencial terapêutico do trabalho emocional e dar visibilidade aos ganhos em saúde gerados, sustentado conceptualmente na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e na filosofia do Cuidado Centrado na Família e, ainda, no Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica. Deste modo, foram desenvolvidas atividades de crescente complexidade ao longo do decurso do estágio nos vários contextos, de acordo com os objetivos traçados, como por exemplo, uma Sessão de Reflexão sobre a intervenção dos enfermeiros à Luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, e a elaboração de um instrumento para a Documentação dos Cuidados de Enfermagem com vista o registo de enfermagem para as respostas emocionais dos cuidadores familiares.

A experiência emocional da família que acompanham a criança releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais, assumindo o potencial terapêutico que o trabalho emocional em enfermagem pediátrica tem, quer como ganho em saúde objetivo, quer como determinante da gestão emocional da própria criança.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Relações Interpessoais, Enfermagem Pediátrica, Emoções, Família.

ABSTRACT

In pediatric nursing it's important to consider that care beneficiaries are not only children but their whole nuclear family. In order for that to happen the caring nurse needs to recognize the family as a unit, to understand the constant presence of that family in the child's life and how their parents' attitudes and emotions will influence the cared for child. This leads to the valorization of a transactional perspective of the emotional influence on recovery (Barros, 2003).

Children have the right to be accompanied by their parents and in their turn, parents have the right to benefit from emotional support, so that tailored strategies to a particular family can be adopted to face a potentially disturbing situation.

In line with this, the study's goal is to describe the strategies adopted by nurses, their therapeutic and autonomous nursing interventions in helping the emotional management of families that accompany children in their health-disease process.

This report is the end product of the Masters in Nursing, specializing in Infant Health and Pediatrics. A reflection methodology about practices and strategies was used. It intends to explain the therapeutic potential of the emotional work and support, as well as to enhance the health gains for children. This work was based on Jean Watson's work: "Theory of Human Caring" and the philosophy of family centered-care. It was also based on the Emotional Work in Pediatric Nursing.

Some activities were developed, in the various contexts, according to the objectives set, for example, a Reflection Session about nursing intervention based on the Emotional Work Model in Pediatric Nursing, and the elaboration of an instrument for the Documentation of Nursing Care about nursing record for the emotional responses of family caregivers.

The emotional experiences of families accompanying their children need to be valued by health professionals, maximizing the therapeutic potential the emotional work in pediatric nursing can have not only for its health benefits but as a determinant in children's emotional management.

Key-words: Nursing care, interpersonal relationships, pediatric nursing, emotions, family.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCF – Cuidado Centrado na Família

CNSCA - Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente

CVSIJ - Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EEESMP – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IAC – Instituto de Apoio à Criança

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPFCC - Institute for Patient-and Family-Centered Care

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

Introdução	9
1. Enquadramento conceptual.....	11
1.1 Cuidar em Enfermagem - Conceção humanista.....	11
1.2 Filosofia Cuidados Centrados na Família.....	12
1.3 Trabalho emocional do enfermeiro na gestão da emocionalidade da família...	14
2. Problema e objeto de estudo	17
3. Metodologia	18
4. Descrição e análise do percurso de estágio	20
4.1 Objetivos específicos, atividades e competências desenvolvidas	21
4.1.1 Conhecer a estrutura física, a dinâmica do contexto, os projetos e os programas em desenvolvimento	21
4.1.2 Desenvolver competências na prática de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.....	22
4.1.3 Prestar cuidados à criança, jovem e família nos processos saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento.....	26
4.1.4 Fundamentar e divulgar o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença.....	36
4.1.5 Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão da emocionalidade da família	38
5. Considerações finais	48
Refêrencias bibliográficas	50

Apêndices

Apêndice I - MAPA CONCEPTUAL

Apêndice II – CRONOGRAMA

Apêndice III – GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Apêndice IV – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Apêndice V – DIÁRIOS DE CAMPO: Crescimento e desenvolvimento infantil

Apêndice VI – *DOSSIER* TEMÁTICO - “Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença”

Apêndice VII – *POSTER* - “*Cuidar em enfermagem pediátrica: Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença*”

Apêndice VIII - GUIÃO DE OBSERVAÇÃO “Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da família”

Apêndice IX – SESSÃO DE REFLEXÃO “Intervenção dos Enfermeiros à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica”

Apêndice X - ANÁLISE DA PRÁTICA À LUZ DO MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA - Unidade de Saúde Familiar

Apêndice XI - JORNAL DE APRENDIZAGEM - Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice XII – FOLHETO “Febre na Criança/Adolescentes – Informação Para Pais E Acompanhantes”

Apêndice XIII – JORNAL DE APRENDIZAGEM - Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Apêndice XIV – JORNAL DE APRENDIZAGEM - Serviço de Internamento Pediátrico

Apêndice XV – DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Apêndice XVI – ACOLHER A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

Apêndice XVII – DIÁRIO DE CAMPO - Centro de desenvolvimento infantil

ANEXOS

Anexo I - Teoria do Cuidar Jean Watson

Anexo II - Modelo de Trabalho Emocional Em Enfermagem Pediátrica (TEEP)

Anexo III - Certificado de participação - 2^{as} Jornadas “Emoções em Saúde” – Emoções, Afeto e Promoção da Saúde

Anexo IV - Certificado de participação - Workshop “Team Building: Gestão das emoções nas equipas de enfermagem”

Anexo V - Certificado de participação - 7.º Workshop Emoções em Saúde – “Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Da conceção à prática”

Anexo VI - Certificado de presença - Workshop “Da China para Portugal: Percurso, Expectativas e Vivências”

Anexo VII - Certificado de presença - Ação de formação “Documentação dos Cuidados de Enfermagem”

INTRODUÇÃO

A concepção de Cuidar, atualmente aceita como pedra basilar na identidade da Enfermagem, agrega em si uma ideologia científica e humanista, a qual valoriza a singularidade individual nos processos saúde-doença. Um cuidar que, integrado no paradigma da transformação (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994), contempla uma concepção do indivíduo como ser íntegro e único, cujas variadas dimensões formam uma unidade, e que contempla o bem-estar tal como a pessoa o define – um cuidado humano.

A compreensão da experiência humana nestes processos implica um olhar focado e atento, também, para a dimensão emocional presente. Este pressuposto é defendido por Watson (2012), a enfermagem não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas: dor, alegria, sofrimento, medo, raiva...

Numa profissão marcada pela relação, cujo exercício profissional da Enfermagem se centra na relação interpessoal (com intencionalidade terapêutica) entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) (OE, 2011), podemos alegar que as emoções orientam os cuidados de Enfermagem, conferindo ênfase e sentido ao próprio cuidar (Diogo, 2006). Ao que ao cuidado em pediatria diz respeito, este está profundamente impregnado de emoções e afetos (Diogo, 2015, 2019).

As transformações significativas ocorridas nos serviços de saúde de atendimento à criança pressupõem reconhecimento e atenção às necessidades específicas da população infantil, na qual a dimensão afetiva não pode estar excluída, tal como o papel central da família na vida da criança. Atualmente, reconhece-se que criança e família se influenciam mutuamente e que, nos processos de saúde-doença, esta dimensão tem elevado significado, quer pela dependência física e comportamental da criança, quer pela sua dependência em questões de atitudes, crenças, valores e significações (Barros, 2003).

A ratificação desta influência mútua criança/família e reconhecimento do papel da família na estruturação e organização do ambiente infantil, implica que esta seja em si mesmo alvo de cuidados (Barros, 2003). A adoção da filosofia de Cuidados Centrados na Família como orientadora do cuidado de enfermagem em pediatria resulta, exatamente, da convicção de que a família se apresenta como constante na vida das crianças, que estas são afetadas e afetam aqueles com quem têm relacionamentos mais próximos e que a inclusão das famílias nos processos de saúde-doença é sinónimo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Harrison, 2010).

Deste modo, a experiência emocional das famílias que acompanham a criança releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais, assumindo o potencial terapêutico que a gestão da emocionalidade da família tem, quer como ganho em saúde objetivo, quer como determinante da gestão emocional da própria criança para promover a saúde e prevenir perturbações e comportamentos de risco nas crianças (Barros, 2003), e dando visibilidade aos ganhos em saúde gerados.

No contexto de enfermagem pediátrica, o trabalho emocional está implícito na relação terapêutica de cuidar, sendo mesmo considerado uma competência imprescindível da arte de cuidar (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

Assim sendo, este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, integrada no 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, num percurso de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, com enfoque **na gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos de saúde-doença**. Alicerçando-se conceptualmente na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e a filosofia do Cuidado Centrado na Família e, ainda, o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, tendo por base uma metodologia reflexiva (Schön, 1992) e de uma aprendizagem experiencial (Kolb, 1984) em diferentes contextos, promotoras da integração do conhecimento e geradoras de novas formas de pensar e agir (Alarcão & Rua, 2005).

O presente relatório pretende explanar o percurso formativo e o modo como me propus a desenvolver competências enquanto EEESIP. Estruturalmente, o relatório inicia-se com um capítulo de enquadramento conceptual, que constitui o alicerce teórico da temática em estudo. O segundo capítulo destina-se à problemática e pertinência do objeto de estudo. No terceiro capítulo encontra-se a descrição e análise reflexiva das vivências experienciadas nos diferentes contextos de estágio, tendo como fio condutor os objetivos específicos e atividades propulsoras do desenvolvimento das competências do EEESIP. O último capítulo reserva as considerações finais sobre o percurso realizado, com destaque para os principais contributos para a prática, bem como considerações sobre projetos futuros. Por fim, são apresentadas todas as referências das obras citadas no texto, em apêndices expõem-se os documentos elaborados, ilustradores das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências e, em anexos, documentos pertinentes para a construção do relatório.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo são apresentados os referenciais teóricos norteadores da experiência formativa, como o do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a filosofia do Cuidado Centrado na Família e, ainda, o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica explanados no **MAPA CONCEPTUAL** (Apêndice I), os quais fornecem perspectivas de cuidar e oferecem uma visão, uma orientação de análise e de interpretação dos fenômenos inerentes à prática de cuidados.

1.1 CUIDAR EM ENFERMAGEM - CONCEÇÃO HUMANISTA

O Cuidar assume-se como conceito central em enfermagem, influenciando a teoria, a investigação, a prática e o ensino (Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves, Cantarino, 2016), sendo o foco unificador central da prática de enfermagem – a essência da enfermagem - estabelecendo o cuidado da totalidade da pessoa humana como função da enfermagem na ciência e na sociedade (Watson, 2012).

Na sua teoria do Cuidar Transpessoal (Anexo I), Watson define premissas básicas e os pressupostos, defendendo um cuidar que contempla uma concepção do indivíduo como ser íntegro e único, cujas variadas dimensões formam uma unidade e que contempla o bem-estar tal como a pessoa o define – um cuidado humano. Integrada no paradigma da transformação, o qual perspectiva os fenômenos como exclusivos, mas em interação continuada com o ambiente e a pessoa, um ser total e único (Kérouac, Pépin & Ducharme, 1994), advoga um cuidado de enfermagem orientado e centrado na relação com a pessoa em contraste com uma orientação exclusivamente dirigida à doença e à sua cura (Mariano, 2007).

A abordagem da enfermagem, de acordo com esta teoria, alinha-se no sentido da compreensão do Outro, da sua experiência individual, agregando valores humanistas e altruístas. Apenas através da relação interpessoal o cuidado humano pode ser realizado com eficácia, entendendo cada indivíduo como único, reconhecendo os seus sentimentos e a sua singularidade. Watson (2012) dá especial relevância às qualidades interpessoais e transpessoais da coerência, empatia e calor humano do enfermeiro no desenvolvimento de um cuidado holístico. O desenvolvimento de uma sensibilidade e reconhecimento das suas próprias emoções permitem uma maior genuinidade, autenticidade e sensibilidade para com os outros e para com a sua dimensão afetiva, revelando a abertura a uma partilha e expressão de sentimentos do cliente (Watson, 2012).

A mente e as emoções são consideradas as janelas para a alma da pessoa a relação que se estabelece transcende o mundo físico e material, existindo uma necessidade imperiosa de se estabelecer um contacto emocional com o mundo subjetivo para melhor conhecer o seu “Eu” e o Outro (Watson, 2012). Deparamo-nos, assim, com uma conceção da prática de enfermagem que considera a conjugação de saberes teóricos, valores, compromisso, ações carinhosas, relacionando todo o cuidado com as respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença (Watson, 2012).

Tal como valida Watson, cuidar em enfermagem assenta numa relação transpessoal com o outro, através da qual os sentimentos, pensamentos e energias menos harmoniosos com o Eu, dão lugar a outros mais agradáveis e amáveis (Watson, 2012), implicando a compreensão da experiência humana das emoções (Diogo, 2015). Em contexto pediátrico, o Cuidar alicerça-se, assim, no estabelecimento de uma relação entre enfermeiro/criança/família, honrando a individualidade e singularidade de cada criança e família.

1.2 FILOSOFIA CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

A Família é um contexto primário de socialização, onde indivíduos de diferentes gerações interagem e se influenciam mutuamente (Cruz, 2005). A integração desta premissa consubstancia-se na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, quadro conceptual interdisciplinar de referência para a prática de cuidados que tem a família como foco e unidade de cuidados.

O Cuidado Centrado na família é um conceito multifacetado e multidimensional, podendo ser definido teoricamente ou operacionalmente (Smith, 2018). Do ponto de vista teórico, o cuidado centrado na família é definido como uma filosofia que reconhece a família como central na vida da criança, valorizando-a como contexto de socialização e como principais cuidadores. Operacionalmente concentra-se no estabelecimento de uma relação de parceria entre enfermeiro e família, com a construção de um plano de cuidado em comum, com base na negociação e na tomada da decisão partilhada (Smith, 2018). São ainda destacados como elementos centrais, a resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, o respeito e respostas às necessidades individuais da família, atendendo a diversidade cultural, e a promoção de uma rede de suporte às famílias, com políticas que visem o apoio emocional e o financeiro (IPFCC, 2017).

Pela necessidade e possibilidade de integração da família no cuidado à criança, e percebendo esta também como alvo de cuidados, o conceito de Cuidados Centrados na

Família tem sido a filosofia vigente orientadora dos cuidados pediátricos (Coyne, Holmastrom, Soderback, 2018, Regulamento n.º 422/2018, 2018 – competências específicas do EEESIP, OE, 2017a).

Declarando como beneficiário dos cuidados o binómio indissociável criança/família, define-se criança como toda a pessoa com menos de 18 anos, sendo exceção a doença crónica, incapacidade e deficiência estendendo a idade considerada até aos 21 anos e/ou até que a transição para a vida adulta esteja conseguida; e família como “o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento” (OE, 2017a, p.4).

Na declaração deste modelo conceptual estão implícitos a adoção de princípios chave:

- **Comunicação**, partilha de informação completa, objetiva e imparcial;
- **Respeito** pelas diferenças pessoais e culturais, de perspetivas e escolhas, de valores ou crenças;
- **Colaboração e negociação** entre família e profissionais, assente na parceria nos cuidados e na tomada de decisão, e ainda na participação em elaboração em programas e políticas de saúde;
- **Suporte**, pressupondo a individualização dos cuidados, atendendo às variadas necessidades da família, à sua singularidade e às interações entre cada um dos elementos da unidade familiar (Harrison, 2010; Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2017; Kuo *et al.*, 2012; Hockenberry e Barrera, 2014).

Tal como reitera a Carta da Criança Hospitalizada de 1988 nos seus princípios vinculativos em relação à prestação de cuidados à criança e família, salvaguardando o melhor interesse da criança e o seu bem-estar, advoga que toda a criança tem o direito de ter os seus pais ou substitutos junto dela, dia e noite; e acrescenta que “os pais devem ser encorajados a permanecer junto dos seus filhos (...) devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho” (IAC, 2009, p.14).

Neste sentido, a especialidade de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, detém no seu campo de intervenção um trabalho em parceira com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que esta se encontre, de modo a promover o mais elevado estado de saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º 422/2018, 2018 –

competências específicas do EEESIP). Tendo um enfoque de destaque na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, assim como na promoção do bem-estar e satisfação, a parceria estabelecida entre o enfermeiro, a criança e família pressupõe a capacitação e empoderamento, alicerçada na partilha de informação, na capacidade para a tomada de decisão e no suporte às necessidades de cuidados (Hockenberry e Barrera, 2014).

Deste modo, impõe-se ao enfermeiro que reconheça a unicidade da família, facilitando a vivência dos processos saúde-doença positivamente e de acordo com as suas necessidades, nas quais as emocionais não podem ser esquecidas. O reconhecimento do impacto emocional na família, intrínseco aos processos saúde-doença, a afirmação e valorização da dimensão emocional da família, demanda o desenvolvimento e implementação de estratégias que capacitem emocionalmente a família da criança, assente num objetivo maior que é a prestação do cuidar holístico à criança/jovem e sua família.

1.3 TRABALHO EMOCIONAL DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA EMOCIONALIDADE DA FAMÍLIA

O conceito de trabalho emocional, originário da sociologia por Hochschild (1983), referia-se à capacidade de gerir os sentimentos do *self*, no sentido de espelhar emoções que produzam no outro um resultado esperado.

Aplicado à enfermagem primeiramente por Pam Smith (1988), advoga que para conseguir ajudar o outro a gerir as suas emoções de espectro negativo e transformar positivamente os significados associados à experiência, os enfermeiros necessitam usar conscientemente as suas emoções – **Trabalho Emocional em Enfermagem** (Smith, 1992). Este conceito incorpora como conceções de destaque a pessoa como ser unitário, cuidar, holismo e relação interpessoal, sendo descritas como componentes do trabalho emocional em enfermagem: dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, fazer uso do humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas, dando realce à aprendizagem da gestão das emoções negativas (Smith, 1992, 2012).

Cuidar em enfermagem assenta numa relação interpessoal e, mais ainda, transpessoal (Watson, 2012), na qual a gestão do fluxo emocional é essencial nas interações terapêuticas, revelando-se como uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo Outro e, ao mesmo tempo, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo, 2019). A relação

estabelece-se enquanto espaço de oportunidade de expressão e partilha da emocionalidade intensa, associada às experiências de saúde-doença dos clientes e onde o enfermeiro experiencia emoções em resposta ao sofrimento da pessoa cuidada.

Durante o crescimento e desenvolvimento da criança, os processos saúde-doença revelam-se como vivências emocionais potencialmente perturbadoras para toda a família, geradoras de ansiedade, medo, frustração, raiva ou culpa (Sanders, 2014). Esta emocionalidade experienciada pela família deve ser reconhecida e valorizada pela Enfermagem. A forma como família/criança experienciam os seus processos saúde-doença é particularmente importante, considerando como condicionante fulcral das experiências que lhe procedem (Barros, 2003).

Percebendo que a ansiedade e tensão parental podem ser, também, catalisadores da ansiedade da criança, a gestão da emocionalidade da família assume o seu potencial terapêutico quer como objetivo direto, quer como promotor de gestão da emocionalidade da própria criança. E mais ainda, esta experiência pode ser, também, uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de situações de crise (Barros, 2003).

Assumindo os pais e a família como os melhores cuidadores da criança, o enfermeiro tem como responsabilidade incentivar a permanência junto da criança, a promoção do papel parental, a escuta das suas preocupações medos e ansiedades e o esclarecimento das suas dúvidas, percebendo que, tal como as crianças tem direito a ser acompanhadas pelos seus pais, estes também têm o direito de receber apoio para descobrir estratégias adaptativas para uma situação potencialmente perturbadora para toda a família (Barros, 2003).

Como nos elucida Watson (2012) o envolvimento emocional na prática de cuidados torna-se essencial para produzir um processo reflexivo. O enfermeiro ajuda o cliente a integrar a experiência subjetiva com uma visão externa da situação. Este envolvimento emocional promove nos clientes o sentimento de serem respeitados, considerados e, fundamentalmente, de serem cuidados, gerando um estado emocional de tranquilidade, confiança e bem-estar (Diogo, 2015).

Mas a gestão da emocionalidade da família não significa que as emoções “negativas” deixem de existir. A questão tem-se demonstrado não tanto relacionada com a expressão da emoção, mas muito mais com a sua adequação e manifestação (Martins e Melo, 2008), sendo o principal que as emoções sejam proporcionais à circunstância. Isto porque quando as emoções são recalcadas criam o embotamento e a distância,

quando extremadas e persistentes tornam-se patológicas (Vaz Serra, 1999). Deste modo podemos concluir que a gestão e, conseqüente, o bem-estar emocional prende-se como a educação das emoções, impedindo que os sentimentos negativos prevaleçam e dominem (Mercadier, 2004).

Os enfermeiros, considerando e compreendendo as respostas emocionais da família como expressão do seu sofrimento, na sua prática de cuidados procuram minimizar a sua intensidade ou a perturbação que provocam (Diogo, 2015). Consubstanciando o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, os enfermeiros usam as emoções de forma terapêutica, através de intervenções adequadas à situação específica, as quais permitem a transformação de eventos emotivos perturbadores em vivências mais saudáveis, positivas e em oportunidades de aprendizagem, tanto para os clientes como para os próprios enfermeiros (Diogo, 2015).

Derivando diretamente deste processo de “uso terapêutico das emoções em contexto pediátrico”, o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Anexo II) (Diogo, 2015, 2019) pode ser categorizado na sua **tripla centralidade**: na gestão da emocionalidade dos clientes, na regulação da disposição emocional para cuidar (gestão das emoções dos próprios enfermeiros) e na relação enfermeiro-cliente. Organiza-se em **cinco categorias** major:

- **Promover um ambiente seguro e afetivo** - interações como o acolhimento, o cumprimento, a expressão de afeto e a promoção do ambiente familiar;
- **Nutrir os cuidados com afeto** - referindo-se ao sorriso, à voz embalada e suave, ao olhar meigo, ao falar animado, ao carinho e ao colo;
- **Facilitar a gestão das emoções dos clientes** - referindo que as interações se podem organizar de forma antecipatória (postura calma e carinhosa, disponibilidade, promovendo a preparação para os procedimentos) ou de forma reativa (envolvimento das famílias nos cuidados, fazer pausas, explicar e esclarecer dúvidas, entre outros);
- **Construir a estabilidade na relação** - visa o envolvimento emocional, a gestão de episódios conflituosos e o equilíbrio de poderes;
- **Regular a disposição emocional para cuidar** - implicando a motivação e a persistência, o autoconhecimento e a gestão emocional (análise de experiências, partilha da experiência emocional, entre outras).

Embora esta categorização permita a análise e compreensão em detalhe do fenómeno, não nos podemos esquecer que “a realidade revela-se “um todo” embrincado, dinâmico e simultâneo” (Diogo, 2015, pág. 171).

Como nos relembra Collière, “apreender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-las em consideração ao mesmo título que outros aspectos da situação” (2003, pág. 159). Entendemos, assim, que são as emoções que dão intencionalidade aos cuidados de enfermagem, sendo as suas intervenções o caminho e a meta, dando ênfase e emoção ao próprio cuidar, valorizando e preenchendo a indiferença dos meros “cuidados técnicos” (Diogo, 2006).

Todo este processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar, em que os enfermeiros utilizam as emoções como ferramentas do cuidar de modo a produzir a transformação da emocionalidade negativa em experiências positivas, tanto nos clientes como nos próprios enfermeiros, constitui-se como uma competência dos enfermeiros. Sendo mesmo as práticas do uso terapêutico do *Self* e o envolvimento emocional com o cliente, descritas como elementos chave de práticas de enfermagem avançada (Benner, 2001; Diogo, 2015).

Deste modo, compreende-se que como competência que é, deve ser ensinada, treinada e aperfeiçoada (Diogo, 2015), pressupondo que, neste percurso formativo, sejam eleitas abordagens de treino de instrumentos terapêuticos de dimensão emocional, sem descurar, práticas reflexivas e de autoanálise, promotoras de um autoconhecimento, regulação emocional e competências sociais/comunicacionais (Diogo, 2015).

A enfermagem como ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções, sendo estas os alicerces da autenticidade e honestidade do cuidar (Watson, 2012). O conforto com situações emocionalmente intensas e perturbadoras e a exposição ao sofrimento do outro, deve encaminhar os enfermeiros para a sua própria metamorfose, um aprofundamento do seu conhecimento de si e crescimento. Consequentemente, tornam-se melhores profissionais, melhorando a sua prática de cuidados e o bem-estar dos clientes.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

As problemáticas em saúde podem advir de diversas fontes, como contextos clínicos, observações, trabalhos publicados, problemas sociais, conferências sobre os resultados de investigação, teorias, modelos conceituais ou das prioridades estabelecidas pelos grupos científicos e profissionais (Fortin, 2009). A definição da problemática em estudo advém de uma necessidade reconhecida no meu contexto profissional de identificação, divulgação e reflexão das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na

gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença.

Tal como as crianças têm direito a ser acompanhadas pelos seus pais, estes também têm o direito de receber suporte que facilite a mobilização de estratégias adaptativas às situações potencialmente perturbadoras para toda a família (Barros, 2003). Entendendo a família como constante na vida da criança, reconhecendo a sua individualidade e admitindo a premissa que as atitudes e emoções dos pais são determinantes nas atitudes dos filhos e de que os pais modelam e encorajam os mesmos, torna-se imperioso a valorização de uma perspetiva transacional de influência do impacto emocional intrínseco dos processos saúde-doença (Barros, 2003).

Em Enfermagem Pediátrica, a adoção do binómio criança/família como beneficiário dos cuidados e do modelo conceptual de cuidados centrados na criança e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018), implica que o enfermeiro reconheça a unicidade da família, facilitando a vivência dos processos saúde-doença positivamente e de acordo com as suas necessidades, nas quais as emocionais não podem ser esquecidas. O uso das emoções e da sua gestão, quer do próprio, quer de quem é cuidado, é realizado de forma consciente pelos enfermeiros no sentido reparador e transformador da experiência negativa, com enfoque na promoção do bem-estar emocional e na melhoria dos cuidados prestados (Diogo, 2015).

Apesar de ser prática fulcral, intrínseca e de elevado relevo, a vertente emocional associada aos cuidados de enfermagem é pouco valorizada e mesmo pouco reconhecida. Deste modo, torna-se relevante o estudo sobre trabalho emocional explicitar o potencial terapêutico, identificar as intervenções de enfermagem que incorporam o trabalho emocional e dar visibilidade aos ganhos em saúde gerados pelo trabalho emocional (Vilelas, 2013; Diogo, 2015, 2017).

3. METODOLOGIA

O percurso de desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com enfoque na gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos de saúde-doença, teve como base conceptual a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a filosofia do Cuidado Centrado na Família e, ainda, o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, objetivando um “trabalho em parceria com a criança e família/pessoa significativa, para promover o mais elevado estado de saúde possível (..) assistindo a criança/jovem com a

família, na maximização da sua saúde; cuidando da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho, p.19192).

Este percurso formativo pressupõe um desenvolvimento pessoal e profissional de aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de nível avançado (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro), com segurança, competência e satisfação da criança e família. Assente num aprofundamento das minhas competências de enfermeira de cuidados gerais, as quais foram desenvolvidas durante os onze anos em que presto cuidados de enfermagem numa Unidade de Cirurgia Pediátrica, teve por base uma metodologia reflexiva (Schön, 1992) e de uma aprendizagem experiencial (Kolb, 1984) em diferentes contextos, promotoras da integração do conhecimento e geradoras de novas formas de pensar e agir (Alarcão & Rua, 2005).

Atualmente, entende-se a competência de uma forma holística, pragmática e interativa, como a capacidade global da pessoa manifestada na ação e na situação, reconhecendo-se pela presença de um conjunto de relações assente ao exercício profissional competente (Alarcão, 2001). A competência implica, assim, “ser capaz 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. 54).

Assumindo a minha responsabilidade principal pelo meu percurso formativo, este foi pautado por uma prática reflexiva (Schön, 1992, 1997), reguladora da ação e geradora de conhecimentos, a qual se tem demonstrado um importante meio de capacitação dos enfermeiros na aquisição de conhecimento de saberes e práticas (Santos & Fernandes, 2004). E focado, também, na aprendizagem experiencial (Kolb, 1984) potenciadora de processos cognitivos de transferência de conhecimentos teóricos para a prática.

A aprendizagem experiencial em contexto da prestação de cuidados promove a construção de saberes pela aplicação do conhecimento a situações específicas identificadas, não obstante as experiências para serem verdadeiramente formativas, têm de ser conceptualizadas e refletidas, havendo uma urgência de “reaprender a pensar”, sendo o pensamento reflexivo a melhor maneira de pensar (Alarcão, 2001).

Tal como defende Benner “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento” (2001, p.12). A aprendizagem experiencial consubstancializada numa

reflexão crítica torna-se, assim, a base de uma construção permanente de uma identidade pessoal e fonte de ignição de um desenvolvimento humano e profissional (Alarcão, 2001). Deste modo, o desenvolvimento do conhecimento teórico em enfermagem deve assentar numa valorização da aprendizagem experiencial, a qual é determinante para que a investigação e formação sejam coletivas e cumulativas, e fortemente conexas com a prática clínica.

Em suma, como nos relembra Watson, cuidar “é um empreendimento epistémico que (...) requer estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para nos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar” (Watson, 2002, p. 56).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO

Este Relatório de Estágio visa traduzir o desenvolvimento de um projeto de aquisição e desenvolvimento de competências para obtenção de título de Enfermeira Especialista de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, e grau de Mestre em Enfermagem, com enfoque **na gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença**. Iniciou-se na Unidade Curricular – Opção II – Projeto, integrada no 10.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Projeto esse que teve como objetivo antecipar um plano de trabalho para o estudo da problemática definida, permitindo prever, orientar e preparar o caminho a faz ao longo da realização do projeto (Leite, Malpique, Santos, 2001).

No âmbito da realização do Estágio, a escolha das instituições realizou-se segundo três critérios: ser concordante com o preconizado na componente clínica do programa formativo do EEESIP da OE (OE, 2017b), as características dos contextos favoráveis ao desenvolvimento deste projeto e atingir as competências inerentes a este grau académico e especialização. O percurso proposto iniciou-se no contexto de cuidados de saúde primários na **Unidade de Saúde Familiar**, seguindo-se a **Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN)**. Posteriormente um **Serviço de Internamento Pediátrico** e um **Serviço de Urgência Pediátrica**, terminando este percurso no **Centro de Desenvolvimento Infantil**. Este percurso pode ser visualizado temporalmente no **CRONOGRAMA** (Apêndice II).

Neste percurso de aquisição de competências foram definidos objetivos gerais, tendo em consideração que estes se assumem como representações antecipatórias

centradas na ação “a realizar” (Barbier, 1996). Foram, deste modo, delineados dois **objetivos gerais** transversais a todos os contextos clínicos:

- Desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito do cuidar a criança, jovem e respetiva família em diferentes contextos clínicos;

- Adquirir competências no âmbito da gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença, em diferentes contextos.

E, por sua vez, foram definidos cinco **objetivos específicos**, indicadores de conhecimento e aptidões a adquirir no percurso formativo (Mão de Ferro, 1999):

- Conhecer a estrutura física, a dinâmica do contexto, os projetos e os programas em desenvolvimento;

- Desenvolver competências na prática de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem;

- Prestar cuidados à criança e jovem e família nos processos saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento;

- Fundamentar e divulgar o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença;

- Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão da emocionalidade da família.

No decurso deste capítulo, serão descritas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios em função dos objetivos específicos definidos, pretendendo-se demonstrar as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista adquiridas através das mesmas.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A operacionalização e concretização dos objetivos, gerais e específicos, foi delineada num **GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO** (Apêndice III), tendo sido a sua elaboração a primeira atividade realizada em cada um dos contextos da prática clínica, com intuito de estruturar e sistematizar o percurso a ser desenvolvido.

4.1.1 Conhecer a estrutura física, a dinâmica do contexto, os projetos e os programas em desenvolvimento

No que diz respeito ao primeiro objetivo específico, este foi transversal a todos os contextos de estágio, tendo como elemento chave da sua concretização a realização de

uma **reunião com o Enfermeiro** Chefe e/ou Enfermeiro Orientador. Nesta teve lugar a apresentação do Guia Orientador das Atividades de Estágio do respetivo contexto, a qual proporcionou a **análise e adaptação das atividades de estágio** planeadas após discussão com Enfermeiros Orientadores. Partindo do seu saber científico e experiência da prática em contexto, foi assim possível ajustar as atividades propostas no sentido de otimizar a experiência de estágio, com vista a construção de saberes.

A reunião englobou, também, uma **visita à estrutura física do contexto**, que permitiu o reconhecimento do espaço em si e uma breve perspetiva das dinâmicas da instituição. Foi também disponibilizado o tempo e os recursos necessários para a consulta e análise de **documentos de referência do contexto**.

Para agrupar a informação recolhida, foi elaborado um documento de **CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO** (Apêndice IV), no qual se apresenta uma descrição do contexto, desde do espaço físico, às conceções orientadoras da prática, documentos de referência para o contexto, bem como o conhecimento dos projetos em desenvolvimento no serviço.

Sendo este um objetivo transversal a todo o percurso de estágio, a forma como o concretizei permitiu desenvolver **competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e da gestão dos cuidados (A1, C2)** (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

4.1.2 Desenvolver competências na prática de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO), globalmente mais de 200 milhões de crianças não atingem seu potencial de desenvolvimento nos primeiros 5 anos porque vivem na pobreza e têm serviços de saúde, nutrição e atenção psicossocial precários (WHO, 2012).

Tendo em atenção que crianças que têm um ambiente facilitador do seu desenvolvimento têm maior probabilidade de sucesso, enquanto crianças envolvidas por um ambiente negligente poderão apresentar maiores dificuldades na vida futura (National Scientific Council on the Developing Child, 2007), revela-se pertinente a preocupação de promover o desenvolvimento de crianças e jovens saudáveis, confiantes, socialmente competentes e seguros na sua relação com os outros, os quais criarão condições saudáveis, enquanto pais e cuidadores, para as gerações futuras (World Health Organization Regional Committee for Europe, 2015).

Neste contexto, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil representa um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil, abordando como áreas prioritárias a deteção e o apoio a crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais/adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados (DGS, 2013), concorrendo para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades.

O enfermeiro EESIP tem nestas ações um papel fulcral, no seu trabalho em parceria com a criança e família/adultos de referência, em qualquer contexto, para a promoção do seu mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 422/2018, 2018 – competências específicas do EEESIP). Dentro da sua área de intervenção, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança (motor, emocional, cognitivo e social) e a deteção precoce de perturbações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida e seu encaminhamento atempado, constituem-se como áreas de relevo.

Neste sentido, tornou-se significativo a construção de um objetivo de ***Desenvolver competências na prática de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem*** no percurso traçado. Sendo este objetivo de forte preponderância nos contextos de **Cuidados de Saúde Primários** e no **Centro de Desenvolvimento Infantil**.

A fase inicial de cada estágio implicou uma **pesquisa bibliográfica** sobre a temática do desenvolvimento infantil, atendendo às particularidades de cada contexto e sobre os instrumentos de monitorização do crescimento e os de avaliação do desenvolvimento infantil. Implicou ainda aprofundar o conhecimento sobre o PNSIJ, promovendo o desenvolvimento do meu saber científico e ético, construindo-se como **suporte para uma prática clínica especializada baseada em evidência científica (D2.2)**.

No que respeita à Unidade de Saúde Familiar (USF) onde fiz estágio, estando o método do enfermeiro de família implementado, este apresenta-se como o profissional integrado numa equipa multidisciplinar de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e todos os contextos (Decreto-Lei n.º 118/2014). Deste modo a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil fica a cargo do enfermeiro da família, sendo este EEESIP ou não.

No entanto, no meu percurso de estágio, articulando com o meu orientador e restantes EEESIP, tive a oportunidade **participar nas consultas de vigilância do desenvolvimento infantil** com os enfermeiros especialistas ESIP, **avaliando o crescimento e desenvolvimento infantil de crianças e jovens em diferentes estádios de desenvolvimento (E.3.1)**. A descrição desta colaboração encontra-se espelhada no **DIÁRIO DE CAMPO - Consulta de Saúde Infantil – Avaliação do crescimento e desenvolvimento** (Apêndice V), onde relatei a CVSIJ de uma criança de dois anos, com a **monitorização do seu crescimento (E.3.1)** através da avaliação dos dados antropométricos. No que à **avaliação do desenvolvimento (E.3.1)**, esta teve início na observação cuidada da criança desde o momento em entra no gabinete, valorizando os momentos informais de observação da atividade da criança.

Consciente de que a avaliação clínica isolada deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento, em contraste com instrumentos de rastreio *standardizados* (DGS, 2013), a avaliação do desenvolvimento psicomotor incluiu sempre um momento estruturado, com recurso à **aplicação escala de desenvolvimento infantil modificada de Mary Sheridan**, recomendada pelo PNSIJ, e integrada o programa informático utilizado na USF. Os resultados das avaliações foram sempre registados nos suportes próprios, nomeadamente registo no Boletim Individual de Saúde e no sistema informático *SClínico*.

No âmbito deste estágio, a colaboração nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, tanto pela observação participativa como pela prestação de cuidados e momentos de partilha com a equipa, foi determinante na consolidação de **conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento (D2.2; E3.1)**, e na realização da **avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil (E3.1)**, onde a formação, o treino e uniformidade de critérios são aspetos determinantes para a aquisição de sólidas competências nesta área (DGS, 2013; OE, 2010).

Neste objetivo major das CVSIJ, de promoção da maximização do desenvolvimento infantil, tive a oportunidade de **fornecer informação orientadora dos cuidados antecipatórios (E1.1., E3.1.)**, dirigida às famílias, no sentido de promoção de saúde, de prevenção da doença e, num trabalho de estreita parceira como os pais/cuidadores, facultando os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à **promoção e proteção dos direitos da criança, ao exercício da parentalidade e à maximização do potencial de desenvolvimento infantil** (DGS, 2013) **(A1.1, E1.1, E3.1, E3.2)**.

As temáticas abordadas durante as consultas, foram por mim selecionadas de acordo com as propostas no PNSIJ, apropriadas ao estágio de desenvolvimento da criança e aos eventuais fatores de risco detetados no contexto global da criança. Deste modo, a partilha de informação foi suportada quer por documentos informativos elaborados pela equipa da USF, quer por publicações de entidades de referência, recaindo os temas sobre a promoção da amamentação, promoção da alimentação saudável, atividades promotoras do desenvolvimento, segurança e prevenção de acidentes, saúde oral, comportamento infantil comum da idade e, também, promoção da imunização e esclarecimento da cronologia definida no Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2017a).

Sendo a vigilância integral de saúde infantil entendida como determinante para proporcionar suporte ao desenvolvimento infantil saudável e uma referenciação atempada e apropriada, no Centro de Desenvolvimento Infantil tive a oportunidade de tomar verdadeira consciência de como a deteção precoce de perturbações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança pode ser decisiva para o início de uma intervenção terapêutica. Este tem como filosofia orientadora uma convergência de olhares, entre a Saúde Mental e a Pediatria do Desenvolvimento, para o desenvolvimento harmonioso da criança, numa abordagem global e intervindo de forma multidisciplinar.

Este estágio permitiu-me acompanhar a enfermeira especialista em consultas de seguimento terapêutico de crianças com perturbações do desenvolvimento e suas famílias. Tive, assim, a oportunidade de, através de uma observação participativa, integrar um **processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor** que comportava o respeito e valorização pelas preocupações/observações dos pais, da história clínica, a observação da criança, o reconhecimento de fatores de risco, a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar, numa constante abordagem global, com um olhar caloroso, empático e atento a todo o contexto geral de promoção da saúde da criança (**E1.1, E2.4, E3.1, E3.2, E3.3**). E numa **intervenção terapêutica** dirigida à criança, através de atividades de **estimulação sensorial, motora, de um brincar terapêutico (E2.4)**. Uma destas experiências encontra-se documentada nos DIÁRIOS DE CAMPO: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL (Apêndice V), no qual registo o seguimento de uma menina de 4 anos, referenciada pelos próprios pais por preocupação com o comportamento, relação social e desenvolvimento.

Considerando como áreas de primazia de intervenção do EESIP a avaliação e promoção da criança e jovem para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), consagra-se, assim, o dever deontológico, ético e moral, de promover condições favorecedoras de um desenvolvimento global, ambientes afetivos e de estimulação adequada, reconhecendo os pais/cuidadores como os principais protagonistas desse desenvolvimento **(A1, A2)**.

4.1.3 Prestar cuidados à criança, jovem e família nos processos saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento

O exercício profissional dos EESIP emprega como modelo conceptual cuidados centrados na família, reconhecendo a criança e família como seus beneficiários, qualquer que seja o contexto em que se encontre, e fundando a prática no estabelecimento de uma relação de parceria enfermeiro/criança/família de natureza colaborativa, com destaque para as interações e processos comunicacionais implícitos (OE, 2017a). O enfermeiro especialista aquele a quem se reconhece a “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área da especialidade” (OE, 2015, p. 99).

Deste modo, este trajeto de formação pressupõe o desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, a fim de ser assegurados cuidados de nível avançado com segurança, competência e satisfação à criança/jovem e família (OE, 2017a), sendo construído como objetivo ***Prestar cuidados à criança/jovem e família nos processos saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento***, o qual teve preponderância major nos contextos de Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido, Serviço de Internamento Pediátrico, e Serviço de Urgência Pediátrica.

A premissa inicial de cada contexto foi de um aprofundamento dos meus conhecimentos teórico-práticos, segundo a especificidade de cada local. Realizei **pesquisa bibliográfica (D2)**, a qual foi promotora da construção de um saber científico, identificadora das práticas atuais e dos construtos teóricos vigentes e mais recentes. Acumulando com esta pesquisa, a constante partilha de saber experiencial e pessoal com os enfermeiros foi determinante para complementar os conhecimentos relativos ao cuidar de enfermagem à criança e família em cada local específico da prática.

Nos diferentes contextos, tive oportunidade **colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e à família, numa articulação consciente entre a observação participativa e a prestação de cuidados**. As ocasiões de aprendizagem vivenciadas foram tidas como momentos de análise, quer

de forma individual, quer com o apoio dos Enfermeiros Orientadores e colegas. Estes foram determinantes para a construção e desenvolvimento de **uma prática refletida e fundamentada (D1)**, com elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, uma prestação de cuidados que não se esgota nos comportamentos observáveis (ação), mas se funda também numa ação regulada e refletida (Abreu, 2001).

Nas intervenções desenvolvidas em cada contexto, a **relação de parceira estabelecida com a criança/família** revelou-se como um eixo de cuidados, advogando a construção de um plano de cuidados em comum, tendo como base a **negociação** e a **tomada de decisão partilhada (E1.1)**. Com profundo respeito pelos princípios vinculativos dos CCF, a comunicação e a partilha de informação completa e imparcial foram pontos chave para a construção e robustez da relação terapêutica com a criança, pais e família. Recorrer, com intencionalidade terapêutica, às minhas qualidades interpessoais e transpessoais da coerência, empatia e calor humano (Watson, 2012), foi promotor da criação de um espaço facilitador de uma **comunicação expressiva de emoções (E2.4, E3.3, E3.4)**, desenvolvendo uma escuta ativa encorajadora da expressão das preocupações, ansiedades e medos da família/criança (Hockenberry e Barrera, 2014). Esta apreensão e perceção das emoções e sentimentos tanto dos pais/família como das próprias crianças, revelou-se como uma fonte incomensurável de saberes para a prática (Collière, 2003), emergindo a interpretação de valores, crenças e a própria compreensão da experiência intersubjetiva de processo saúde-doença.

Toda a intervenção por mim desenvolvida nestes contextos foi, deste modo, sustentada num **cuidado holístico (A1, A2, B2, B3)**, num cuidado orientado e centrado na relação, dirigido e individualizado à criança e família, de modo que esse cuidado fosse único e direcionado à singularidade da sua situação de vida (Hesbeen, 2000).

Na Unidade de Cuidados Especiais ao recém-nascido tive a oportunidade de, com o apoio e orientação da enfermeira EESIP, **prestar cuidados a recém-nascidos com diversos problemas de saúde e suas famílias**. A população da UCERN é constituída maioritariamente por recém-nascidos de alto risco, prematuros e/ou com baixo peso (Askin & Wilson, 2014). Embora recém-nascidos com outras condições orgânicas possam ser admitidos, devido à especificidade dos cuidados que necessitam, habitualmente são transferidos para outras unidades mais diferenciadas.

A adaptação a este contexto foi otimizada pelo meu conhecimento prévio de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde decorreu o meu estágio de integração à vida profissional, sendo facilitador do reconhecimento da organização do espaço (área

de cuidados intensivos e área de cuidados intermédios), dos aparelhos tecnológicos presentes, dos procedimentos médicos habituais e da dinâmica de cuidados de enfermagem aos recém-nascidos e famílias. Contudo, **a atualização de conhecimentos específicos** da área que realizei e **a constante partilha e reflexão** com a enfermeira orientadora e restante equipa de saúde, foram determinantes para a furtividade da experiência de aprendizagem.

Neste contexto foi possível a **prestar cuidados de enfermagem de complexidade especializada e de particular exigência (E1.2, E2.1, E2.2)** a recém-nascidos de alto risco com necessidade de suporte respiratório e para a alimentação, tendo em conta uma avaliação física sistemática e completa, a monitorização dos dados fisiológicos, a manutenção de estabilidade térmica, a prevenção e controlo de infeções, cuidados à pele, a hidratação e nutrição adequada (Askin & Wilson, 2014).

Embora todo o desenvolvimento tecnológico tenha sido decisivo para a hipótese de sobrevivência de bebés nascidos prematuramente, percebe-se hoje que estes bebés, fora do ambiente protetor do útero materno, detêm um alto risco de perturbações motoras, cognitivas, emocionais e comportamentais (Barros, 2001, Brazelton, 2007), sendo a qualidade do ambiente da Unidade decisiva no percurso de recuperação, crescimento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro (Altimier & Phillips, 2016).

A construção de um **ambiente tranquilo, seguro e afetuoso** (Diogo, 2015, 2019), foi um dos focos de atenção da minha intervenção, num profundo respeito pela **privacidade e segurança** de cada bebé e família. Houve uma preocupação constante pela **contenção dos estímulos ambientais**, como o ruído e a luminosidade, e pela **organização dos momentos de prestação direta de cuidados**, reduzindo “manipulações” desnecessárias, minimizando fontes de *stress* e protegendo os ciclos sono **(A1, A2, B3, E1.2, E2.2)**.

Inerente ao internamento hospitalar, o recém-nascido é sujeito a sons nocivos, luzes brilhantes e uma imensidão de procedimentos dolorosos, conjugado com manipulações repetitivas, pouco afetivas e estimulantes, e uma separação prematura da mãe/pai. Neste sentido, **implementei cuidados de conforto e bem-estar ao recém-nascido**, com recurso a estratégias de manutenção da integridade cutânea, de contenção suave e posicionamento de suporte, e medidas **não farmacológicas de alívio da dor** (toque e massagem terapêutica, colo, sucção não nutritiva, administração oral de sacarose a 24%) (OE, 2013, Altimier & Phillips, 2016) **(E2.2, E2.4, E3.2)**.

A **otimização da alimentação** do recém-nascido prematuro tem grande relevância neste contexto, onde vários recém-nascidos se encontram internados para alcançar a autonomia alimentar, o que exigiu uma **pesquisa da evidência científica** válida, atual e pertinente, sobre competências oro-motoras do recém-nascido prematuro e técnicas de alimentação, visando o sucesso da alimentação e a prevenção da aversão oral no futuro (Altimier & Phillips, 2016; Curado, Maroco, Vasconcellos, Gouveia, Thoyre, 2017; Griffith, Rankin, Traut-white, 2017; Pickler, MacGrath, Reyna, Lewis, Cone, Wetzel, 2013; Pickler, Reyna, Wetzel, Lewis, 2015) **(D2, E1.2, E2.3, E2.5)**.

Sendo o ambiente Unidade de Cuidados Neonatais reconhecido como fonte de *stress* na adaptação à parentalidade numa envolvente estranha e artificial (Barros, 2001), e reconhecendo o envolvimento da família como um fator essencial no bem-estar, na recuperação e desenvolvimento saudável do recém-nascido, desenvolvi uma prestação de cuidados orientada pela filosofia de cuidados centrados na família (IFPCC, 2017) e no desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013, 2016) de **promoção da vinculação e da capacitação da família nos cuidados ao recém-nascido**. Por meio de intervenções de apoio e suporte à família, estimulando o contacto precoce, orientando-os no reconhecimento das competências do recém-nascido, promovendo a sua participação nos cuidados, partilhando informações e esclarecendo dúvidas, foi possível a **transformação positiva da experiência emocionalmente intensa**, desgastando e perturbadora associada ao nascimento prematuro de um filho (Diogo, 2015, 2019). O **nutrir os cuidados com afeto, fornecer disponibilidade, presença e uma escuta ativa**, permitiu construir a estabilidade de uma relação de cuidados e de confiança, altamente gratificante para famílias e enfermeiros **(A1, A2, B3, E1.1, E1.2, E2.4, E2.5, E3.1, E3.2, E3.3)**.

A acomodação destes conhecimentos disciplinares e experienciais foram o ponto de partida para uma consciencialização e **reflexão** com a enfermeira orientadora, de como a implementação de cuidados centrados no desenvolvimento e na família têm potenciais benefícios tanto para o recém-nascido prematuro (melhoria dos parâmetros fisiológicos, comportamentais e clínicos), como para os pais/família (redução de sentimentos e emoções negativas, maior confiança nas suas competências parentais) e para os profissionais de saúde (maior sensibilidade para os fatores ambientais, melhoria da qualidade dos cuidados prestados) (Coughlin, 2014) **(A1, A2, B3, D1)**.

O Serviço de Internamento Pediátrico escolhido foi o meu contexto de prática clínica, um serviço com uma vertente maioritariamente cirúrgica. No decorrer do estágio

tive a possibilidade de **colaborar com a equipa de enfermagem na prestação cuidados à criança e família em diversos estádios de desenvolvimento (E1.1, E1.2, E2.1, E2.2, E2.4, E2.5)**, desde recém-nascidos a adolescentes submetidos a intervenções cirúrgicas de urgência, a crianças com situações de saúde com necessidade de intervenção cirúrgica corretiva, quer com internamentos prolongados, quer situações de cirurgia ambulatória.

Seja qual for o motivo de hospitalização, como nos alerta Jorge (2004), “perante a situação de hospitalização a família é confrontada com novas exigências, alterações nas rotinas e readaptações diversas, susceptíveis de desencadear um grau maior ou menor de stresse familiar.” (pág. 175). Esta traduz-se para a criança numa multiplicidade de *stressores* como numa separação do seu meio familiar, contato com um meio desconhecido, interrupção das suas rotinas diárias, presença de equipamento, contacto com várias pessoas da equipa de saúde, dor, lesão corporal e sentimento de perda de controlo (Barros, 2003, Sanders, 2014, Diogo, 2015). Neste sentido, desenvolvi **cuidados de enfermagem à criança e família** com objetivo major de **minimizar o impacto negativo da experiência de hospitalização**, numa valorização da experiência intersubjetiva de ser cuidado em contexto de hospitalização (Watson, 2012), promovendo recursos à criança e família para lidar com as adversidades inevitáveis e **potenciando os aspetos de aprendizagem e crescimento da experiência de hospitalização**, alcançando resultados terapêuticos efetivos para crianças e famílias no seu bem-estar, preditores de experiências posteriores mais positivas (Barros, 2003; OE, 2017a; Diogo 2015, 2019).

Reconhecendo **o brincar** como atividade essencial no desenvolvimento da criança, de estruturação de processos mentais e mecanismo de enfrentamento de experiências adversas, este foi **utilizado de forma intencional e sistemática como recurso terapêutico (E2.4)**, com intuito quer de atender à necessidade fundamental de brincar, quer de criar **um ambiente afetuoso, familiar e seguro** (Diogo 2015, 2019) **promotor da adaptação e aprendizagem** das crianças numa vivência positiva da hospitalização (Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010). Brincar foi mobilizado como **estratégia de gestão emocional antecipatória (E1.1, E2.4, E2.5, E3.3, E3.4)** em todo o perioperatório, sendo atividade primordial para a exploração e apropriação do espaço do internamento pela criança e uma forma tranquila de se familiarizar com materiais, aparelhos eletrónicos e procedimentos. Deste modo, promovi momentos lúdicos de manipulação objetos do contexto hospitalar, desmistificando-os, “teatralização” de

situações reais, criando, conseqüentemente, um ambiente propício à colocação de perguntas e de receber orientações antecipatórias (OE, 2013), **prevenindo a perturbação emocional exacerbada** associada à hospitalização e à própria situação cirúrgica, **contribuindo para o bem-estar e conforto da criança e família** (OE, 2017a; Diogo, 2015, 2019)

A “sala de atividades” do serviço de internamento foi por diversas vezes usada como área própria dedicada à atividade de brincar (CNSCA, 2009), espaço libertador e criativo, de respostas às necessidades da criança de **brincar** (espontâneo e livre), **aprender, explorar e comunicar** com outras crianças (Ribeiro, Gomes, Thofehn, 2014). Mas, também, como recurso terapêutico, um **ambiente descontraído, acolhedor, seguro e afetuoso, favorável à comunicação, partilha e expressão de emoções** de crianças e pais, promotor de bem-estar, de um melhor enfrentamento da hospitalização e da **construção da estabilidade da relação enfermeiro/criança/família** (Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010; Diogo 2015, 2019) **(E1.1, E2.4, E2.5, E3.3, E3.4)**.

A valorização da dor como experiência intersubjetiva na variabilidade da sua perceção e manifestação e como fator determinante no bem-estar da criança, demarcou que o **controlo dor da criança no pós-operatório** detivesse franca relevância na minha prática de cuidados neste contexto. A **avaliação da dor da criança (A2, E1.1, E1.2, E2.2, E3.3)** pressupôs sempre a consulta no sistema informático da **história de dor** (realizada na consulta de preparação pré-operatória) e o seu complemento junto da criança e família (já no internamento), permitindo, assim, o **conhecimento de características individuais da criança** (formas de comunicar/expressar/manifestar dor, experiências anteriores dolorosas, de medo ou ansiedade, estratégias de consolo e tranquilizantes).

Consciente de que a dor é tanto uma experiência sensorial como emocional, frequentemente associada a medo e ansiedade (OE, 2013, Sanders, 2014, Diogo, 2015, 2019), recorri a várias **estratégias de avaliação da dor na criança**, a fim de a sua caracterização ser mais precisa e definidora da intervenção. Na minha intervenção foi definidor uma **valorização das informações verbais e na descrição da dor pela criança**, numa atitude vigilante e sensível às expressões próprias utilizadas pela criança e numa adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança; o recurso a uma **escala de avaliação de dor** (OE, 2013, Sanders, 2014) adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, às suas preferências e concordante com o instrumento já previamente treinado; a apreciação de **mudanças comportamentais e fisiológicas** da

criança e o estabelecimento de uma **relação de estreita parceria com os pais/família**, sendo estes variadas vezes a fonte primária de informação, capazes de reconhecer as manifestações de dor da criança.

Assente num propósito de amor, honestidade, profundo respeito pela dignidade do cliente e na vontade em cuidar destas crianças e famílias, a implementação de **estratégias de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (A1, A2, B3, D2, E1.1, E1.2, E2.2, E2.4)**, conjeturou o planeamento de uma intervenção individualizada, atenta e sensível (OE, 2013; OE, 2017a; Sanders, 2014), estendendo-se a um rigor técnico e científico na implementação intervenções de enfermagem na **gestão de medidas farmacológicas prescritas**, numa estreita colaboração com a equipa médica de anestesia e cirúrgica, bem como a mobilização de estratégias de gestão emocional antecipatória e reativa (Diogo, 2015, 2019), articuladas com a aplicação de **terapias não farmacológicas** no alívio da dor (DGS, 2012; OE, 2013).

Numa prestação de cuidados revestida de afeto, **facilitei apoio à criança e família**, numa partilha **informação antecipatória** de forma clara, simples e adequada à idade da criança, numa **tomada de decisão partilhada**, na promoção da **presença parental** e da **participação da criança no controlo da dor**, e recorrendo ao **elogio** e *feedback* positivo, no sentido da majoração dos ganhos efetivos em saúde, do incremento do sentimento de controlo e de autonomia e da promoção do conforto, harmonia e bem-estar da criança e família (OE, 2017a; Hockenberry e Barrera, 2014; IPFCC, 2017) **(A1, A2, B3, D2, E1.1, E1.2, E2.2, E2.4)**.

Este contexto de estágio proporcionou-me ainda a oportunidade integrar uma observação participativa **em atividades na área da Gestão dos Cuidados (C1, C2)**, com a enfermeira orientadora, Enfermeira Chefe do serviço, na **coordenação da equipa para a prestação de cuidados**, considerando a sua relevância na **assessoria** à equipa de enfermagem ao nível dos **processos de tomada de decisão** (várias vezes perceptível nos momentos de passagens das ocorrências), na **gestão dos recursos** (materiais e humanos) para a prestação de cuidados de qualidade e as suas características de **liderança** na implementação de estratégias de motivação da equipa de enfermagem e na promoção de um ambiente positivo e agradável à prática de cuidados à criança e família.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B1, B2, B3), colaborei nos processos de auditoria (DGS, 2017b) da documentação dos cuidados de enfermagem – realização de registo de Alergias e execução de nota de alta de enfermagem; e da

Segurança do Doente – “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (LASA), “Medicamentos de alerta máximo (MAM)”, na verificação da adequação às recomendações em vigor e na implementação de medidas de mudança e oportunidade de melhoria (DGS, 2014; DGS, 2015).

Como momentos unos e integrados, a participação nestas atividades e a análise reflexiva partilhada com a enfermeira orientadora, através da sua perícia, saber científico e experiencial, foram impulsionadores para a evolução do meu **autoconhecimento e assertividade (D1)**, reconhecendo a centralidade do desenvolvimento de um conhecimento de mim própria e do Outro, de uma autorregulação emocional e de competências sociais/comunicacionais (Benner, 2001, Diogo, 2015, 2019), ferramentas essenciais para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada em processos de gestão, liderança e tomada de decisão.

No percurso de concretização do objetivo - *prestar cuidados à criança/jovem e família nos processos saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento* - no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), colaborei na **prestação de cuidados à criança e família, em situações de urgência/emergência**, nos distintos locais do SUP, triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, serviço de observação (SO) e pequena cirurgia.

A admissão num serviço de urgência acarreta para a criança e família uma situação de *stress* e ansiedade, com a exposição a um ambiente desconhecido, associado a experiências causadoras de medo e/ou dor (Sanders, 2014; Vilelas, Diogo, Rodrigues, Almeida, 2017). Embora se apresentem como elementos associados ao medo e à dor para as crianças, os enfermeiros são determinantes na gestão das emoções vivenciadas pela criança e família (Diogo, 2015, Vilelas, Diogo, Rodrigues, Almeida, 2017), intervindo de forma a moderar disrupções emocionais, promover o bem-estar e uma transformação positiva da experiência

Desde do momento da triagem, primeiro local de interação entre a equipa de enfermagem e a criança e família, a prática de enfermagem obriga a uma **conjugação de saberes teóricos e práticos e de competências comunicacionais, emocionais e afetivas**, num ambiente altamente movimentado, com inúmeros estímulos e num período de tempo limitado.

Com o apoio de num sistema de triagem pediátrico (*Canadian Pediatric Triage Acuity Scale*) (DGS, 2018) que identifica a prioridade do atendimento, incluindo três passos a impressão clínica da gravidade (Triângulo de avaliação pediátrica (TAP) -

Aparência, Trabalho Respiratório e Circulação Periférica), avaliação da queixa/motivo de vinda à urgência e avaliação dos sinais vitais, neste posto do SUP, **tive a oportunidade de prestar cuidados, participando diretamente ou numa observação participativa**, a qual impôs **sólidos conhecimentos** e um crítico **juízo clínico** capaz de detecção precoce dos problemas de saúde mais comuns às várias idades e de reconhecer focos de instabilidade ou possível instabilidade (**E1.2, E2.1**).

A frieza da técnica pura e simples renega o Cuidar (Collière, 2003) logo, torna-se indissociável o trabalho emocional em enfermagem, latente no momento da triagem. Neste sentido, e advogando um Cuidado holístico e humanizado, sensível às emoções e a intersubjetividade da experiência (Watson, 2012) de doença, **promovi cuidados num ambiente seguro e afetuoso**, com um profundo **respeito pela privacidade e confidencialidade (A1, A2, B3)** da criança e família, transmitindo **confiança, empatia e disponibilidade** para a escuta das suas preocupações e necessidades, atitude **facilitadora da construção da relação terapêutica** e determinante positivo para toda a prestação de cuidados (**E1.1, E2.2, E3.3**).

Num local como o serviço de urgência, a elevada frequência **de procedimentos invasivos** nas crianças, **principalmente envolvendo agulhas**, mostraram-se como as principais **fontes de dor, medo e de ansiedade** (DGS, 2012). Numa atitude humana, ética, atenta e sensível a equipa de enfermagem implementou **estratégias de gestão da dor**, de minimização das nefastas consequências desta e de **promoção do bem-estar e conforto da criança e família**, com as quais tive a hipótese de testemunhar e colaborar (**A1, E2.2**).

Alinhada com um cuidar centrado na família e não-traumático (OE, 2011; Hockenberry e Barrera, 2014; IPFCC, 2017), foi sempre **conduta ética da equipa de enfermagem** gerar um **ambiente calmo e agradável**, acolhendo a criança e família com um sorriso, apresentando-se, e **estabelecendo um contacto afetivo e caloroso**. Num profundo **respeito pela confidencialidade e privacidade** das crianças e família, houve o cuidado de encerrar a porta da sala ou correr cortinas e restringir os profissionais de saúde aos elementos essenciais para a realização do procedimento. Mesmo num ambiente de elevada agitação e de necessidade de rápida intervenção, recorrendo a um vasto leque de **intervenções farmacológicas e não farmacológicas**, foi possível, adequando os cuidados ao estágio de desenvolvimento da criança, reduzir com eficácia a dor e o medo causados pelos procedimentos invasivos nos lactentes, crianças e jovens e famílias a quem prestei cuidados no SUP.

Num assumido propósito de investimento em **estratégias de gestão emocional antecipatória** (Diogo, 2015), a partilha de informação e de orientações específicas quanto ao procedimento a realizar foram determinantes para a participação dos pais/família durante o procedimento, facilitando a sua própria gestão emocional e potenciando o seu apoio à criança. O recurso sistemático de **intervenções não farmacológicas** (DGS, 2012; OE, 2013) no sentido de gestão do medo, e de mobilizar e promover mecanismos de enfrentamento (*coping*), reflete uma disposição de empenho, altruísmo e compromisso genuíno em cuidar destas crianças (Watson, 2012) **(A1, A2, B3, E1.1, E1.2, E2.5)**.

Numa prestação de cuidados de enfermagem centrada na criança e família e orientada para a harmonia e promoção do bem-estar, pressupondo um olhar atento e uma disponibilidade de escuta, a procura de uma **adequação das estratégias às características individuais da criança** foi elemento chave para intervenções bem-sucedidas. Se no caso dos **lactentes**, foi sempre considerada a amamentação, sucção não nutritiva, a contenção ou a administração oral de sacarose a 24%, no caso de **crianças em idade pré-escolar ou escolar**, para além do fornecimento de explicações quanto ao procedimento numa linguagem afetiva e adaptada ao estado de desenvolvimento, a distração e a recreação foram recursos amplamente utilizados, muitas vezes com recurso aos aparelhos eletrónicos, escolhendo músicas e desenhos animados da sua preferência. O elogio, reforço positivo, e a atribuição de “medalhas” foram, também, estratégias mobilizadas no sentido da valorização da criança, fazendo-a sentir segura e especial. Numa intervenção dirigida ao **adolescente**, a preparação, a partilha de informação e negociação dos cuidados foram elementos centrais, facilitando que este recupere o sentido de controlo sobre si e sobre a situação, contribuindo para a sua autoconfiança, autoestima e autodeterminação (Hockenberry e Barrera, 2014; OE, 2013) **(E2.2, E2.4, E3.3, E3.4)**.

Todavia, possivelmente em consequência quer da urgência dos cuidados quer da própria organização destes, a anestesia tópica da pele ou sedação (DGS, 2012) são ainda recursos utilizados de forma pouco consistente, apesar da ampla valorização destes por parte da equipa de enfermagem como adjuvantes no relaxamento da criança e na gestão de situações emocionais intensas.

No contexto de SUP, a **prestação de cuidados de enfermagem na sala de reanimação (E1.2, E2.1)**, a uma menina de 7 anos e família, transportada pelo INEM por convulsões generalizadas tónico-clónicas, com perda de conhecimento, associada ao

diagnóstico de Epilepsia (McElfresh e Merck, 2014), foi uma experiência relevante na prática de cuidados numa situação de especial complexidade. Mesmo com um saber já adquirido pelos anos de experiência profissional em suporte avançado de vida, a oportunidade de integrar a equipa na sala de reanimação foi muito enriquecedor, quer ao nível da **gestão dos cuidados e da organização da equipa** de modo a assegurar os cuidados necessários para assegurar a estabilidade cardiorrespiratória e iniciar tratamento (Carrilho & Monteiro, 2007), quer ao nível da **regular as minhas próprias emoções** (Diogo, 2015).

Esta experiência exigiu a **aplicação de conhecimentos e competências diferenciadas** no reconhecimento rápido dos focos de instabilidade e possíveis complicações, associados a **um julgamento clínico** na implementação de intervenções e das respostas a estas (OE, 2017a), e **capacidade de articulação** com a equipa médica e de anestesia (**E1.2, E2.1, E2.3, C1**). Como um todo integrado, **o impacto emocional** associado à prestação de cuidados de emergência e ao sofrimento da criança e família, que aguardava do lado de fora da sala apoiados por outros elementos da equipa de enfermagem, compeliu uma **autorregulação emocional, uma capacidade de concentração e desempenho técnico, inscrito num cuidar humano, afetivo, altruísta, de compromisso ético e moral** (Watson, 2012; Diogo, 2015). Com a estabilização da situação da criança e transferência para a UCIP, o espaço criado de apoio, partilha e reflexão entre equipa de enfermagem, numa troca de afetos (abraços, elogios, frases de reconhecimento e motivação), numa expressão autêntica da emocionalidade vivida, foi decisivo para a transmutação da experiência potencialmente perturbadora, promotora do meu autoconhecimento, consciência emocional e capacidade de gestão interna das emoções, numa metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (Diogo, 2015, 2019) (**A1, A2, D1**).

4.1.4 Fundamentar e divulgar o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica na gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença

Os processos saúde-doença apresentam-se como vivências emocionais potencialmente intensas para crianças e família, devendo ser reconhecido e valorizado pelos enfermeiros o modo particular como estes experienciam estes processos e também as suas próprias emoções na exposição ao sofrimento no ato de cuidar. No entanto, apesar de cuidar em Enfermagem Pediátrica admitir uma grande quantidade de trabalho

emocional na prática diária, este ainda mostra pouca visibilidade e valorização quer a nível organizacional, quer pelos próprios enfermeiros (Vilelas, 2013, Diogo, 2017).

Deste modo, foi delineado como objetivo **Fundamentar e divulgar o Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica na gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença**. Foram elaboradas atividades a fim de criar uma sustentação científica válida e um ambiente favorável para a compreensão, reflexão e discussão, no sentido de nortear e reforçar a prática de enfermagem na gestão dos desafios da dimensão emocional dos cuidados à criança e família.

O processo de **pesquisa bibliográfica** e de aprofundamento de conhecimentos sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica foram a chave para a construção de um *core* de saberes válidos, atuais e pertinentes, determinantes para a **prática clínica baseada em sólida evidencia científica**, nortecendo todos os processos de tomada de decisão e orientando de todas as **intervenções e atividades** realizadas neste estágio, nos diferentes contextos (D2).

Neste sentido, o **DOSSIER TEMÁTICO: “Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença”** (Apêndice VI), apresenta-se como uma coletânea de documentos elementares para a compreensão da temática, justificando a sua pertinência e aplicabilidade das intervenções associadas à gestão emocional da família nos diferentes contextos de prestação de cuidados ao cliente pediátrico. Esta compilação foi partilhada com as equipas de enfermagem dos vários contextos no sentido quer da incorporação e apreciação do corpo de conhecimento agregado ao Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica, quer na explicitação do seu potencial terapêutico e na valorização dos ganhos em saúde por este gerados na constante da excelência do exercício profissional (OE, 2017a) (A1, A2, D2).

A apresentação do **POSTER “Cuidar em enfermagem pediátrica: Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença”** (Apêndice VII), nas 2as Jornadas “Emoções em Saúde” – Emoções, Afeto e Promoção da Saúde... - ui&de/ESEL, foi mais um espaço privilegiado de partilha, com enfermeiros e estudantes de enfermagem, do meu trabalho de reflexão sobre a relevância da gestão da emocionalidade da família, quer como ganho em saúde objetivo, quer como determinante da gestão emocional da própria criança e exposição das intervenções de enfermagem associadas e sua intencionalidade terapêutica.

Deste modo, **suportar a prática de cuidados em evidência científica válida** e, simultaneamente, assumir a **responsabilidade de a disseminar e divulgar**, permitiu o

desenvolvimento de práticas de enfermagem avançada e a contribuição definitiva para a excelência da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2017a) **(A1, A2, D2)**.

4.1.5 Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão da emocionalidade da família

A enfermagem como ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções, sendo estas os alicerces da autenticidade e honestidade do cuidar (Watson, 2012). As emoções que conferem intencionalidade aos cuidados de enfermagem, dando ênfase ao próprio cuidar, valorizando e preenchendo a indiferença dos meros “cuidados técnicos” (Collière, 2003, Diogo, 2006).

O Trabalho Emocional em Enfermagem promulga que os enfermeiros, ao usarem as emoções de forma terapêutica através da implementação de estratégias adequadas à especificidade do momento, conduzem à transformação de eventos emotivos potencialmente perturbadores em vivências mais saudáveis, positivas e em oportunidades de crescimento e aprendizagem, tanto para os clientes como para os próprios enfermeiros (Smith, 2012, Diogo, 2015). E tal como nos apresenta Diogo (2019), o trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica assume uma **tripla centralidade**: na gestão da emocionalidade dos clientes, na regulação da disposição emocional para cuidar (gestão das emoções dos próprios enfermeiros) e na relação enfermeiro-cliente.

Portanto, sendo o trabalho emocional de natureza complexa, considerado de grande relevo, um desafio na prática de cuidados e carecendo de competências específicas dos enfermeiros, constitui-se como uma competência dos enfermeiros. A qual, mais do que inata, deve ser aprendida, treinada e aperfeiçoada como qualquer outra competência em enfermagem (Smith, 2012; Diogo, 2015, 2019).

Com vista a incorporação da dimensão emocional na prática de enfermagem diária, foi estabelecido como objetivo específico ***Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão da emocionalidade da família***, num processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar, em que o uso das emoções, como ferramentas do cuidar, foram usadas de modo intencional tendo em vista a transformação da emocionalidade negativa associada aos processos saúde-doença.

Inscrito num **percurso de aquisição de competências no âmbito do cuidar em enfermagem pediátrica**, orientado pela filosofia dos cuidados centrados na família, que propõe a promoção da **gestão emocional da família** que acompanha a criança nos processos saúde-doença, foram traçadas **atividades** com foco o **treino de**

instrumentos terapêuticos de dimensão emocional e no desenvolvimento de competências sociais/comunicacionais (E1.2, E2.2, E2.4, E3.3, B3). Mas também atividades visando significativos momentos de partilha e análises de práticas, o trabalho reflexivo e de autoanálise, promotor de **um autoconhecimento e regulação emocional**, um estímulo ímpar para o meu crescimento pessoal e profissional **(A2, D1, D2).**

Neste sentido, a oportunidade de participação nas **2as Jornadas “Emoções em Saúde” – Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...** - ui&de/ESEL (Anexo III), construiu-se como um espaço de partilha de saberes e da evidência científica mais recente com enfoque num cuidar de enfermagem emocional e afetivo, sendo apresentadas várias perspetivas e em diferentes contextos de como os enfermeiros cuidam emocionalmente do outro, e estratégias implementadas de facilitação da gestão emocional dos clientes com objetivo de promoção da saúde, do bem-estar e satisfação. Nesta reunião foi possível escutar em viva voz Pam Smith, autora pioneira de estudos de integração do conceito de *emotional labour* na prática dos cuidados de enfermagem, numa viagem pelo seu percurso de investigação e pelas várias experiências vividas em vários contextos, em vários locais do mundo. Numa intervenção pautada pela exposição dos conceitos relevantes da temática revestidos pelo seu saber pessoal e experiencial, numa ênfase constante de uma aprendizagem da gestão das emoções.

Ainda no sentido do incremento de competências emocionais, a participação no **Workshop “Team Building: Gestão das emoções nas equipas de enfermagem”** (Anexo IV) e no **7.º Workshop Emoções em Saúde – “Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Da conceção à prática”** da - ui&de/ESEL (Anexo V), apresentaram-se momentos de relevo num trabalho, mais individual ou no pequeno grupo, de partilha de situações de emocionalmente intensas em situação de cuidados e de estratégias que os enfermeiros utilizaram para um processo de atenuação e transformação das emoções. E, com orientações práticas, como espaços de aprendizagem, treino e aperfeiçoamento na utilização de estratégias e instrumentos terapêuticos de dimensão emocional, de práticas de uso terapêutico do *Self*, com foco na gestão emocional dos clientes, mas também, de como igual relevância, a gestão emocional dos próprios enfermeiros, regulando a sua disposição para cuidar. A hipótese criada nestes contextos permitiu, de forma orientada e supervisionada, repensar situações da minha prática diária. O confronto e o reavivar emoções vividas foi promotor de um **aprofundamento do conhecimento de mim mesma**, de um **reconhecimento**

de um saber pessoal, mas, também, de **experiential, específico** (Carper, 1985), construído no decorrer dos meus anos de prática.

Todavia, também o saber pessoal e experiential dos enfermeiros orientadores, cada contexto, constitui-se como referência no cuidar em enfermagem à criança e família. Privilegiando a observação e análise das práticas do quotidiano destes, no seu contexto específico, foi elaborado um **GUIÃO DE OBSERVAÇÃO – Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da família** (Apêndice VIII). Este instrumento, transversal a todos os contextos, permitiu a realização de um registo apoiado e estruturado da observação das interações enfermeiro/cliente, assinalando e documentando as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de gestão da emocionalidade da família, tornando-se elemento relevante como ponto de partida para reflexão.

Assim, alinhando a minha proposta de atividade com o interesse demonstrado pelas equipas de enfermagem, na Unidade de Saúde Familiar e no Serviço de Urgência Pediátrico foi realizada uma **SESSÃO DE REFLEXÃO: Intervenção dos Enfermeiros à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** (Apêndice IX), onde, com o recurso orientador do *Dossier* Temático (Apêndice VI) e Guião de Observação (Apêndice VIII), foi proporcionado o tempo, o ambiente e a oportunidade de partilha, reflexão e compreensão, entre a equipa de enfermagem do seu trabalho emocional, de acordo com as suas especificidades e seus saberes experienciais (**A1, A2, B3, D2**). Em resumo destas sessões importa referir o modo como, sobre a mesma temática, a análise das práticas percorreu caminhos tão distintos, decorrente das singularidades do contexto, da prática e dos próprios enfermeiros.

Se na Unidade de Saúde Familiar a teorização sobre o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico e a sua categorização, revelou-se para a equipa, gratificadamente, como uma nomeação da sua prática de cuidados diários, da sua intencionalidade de um cuidar afetivo, de respeito pela singularidade de cada família, foco gestão da sua emocionalidade e, sem negligenciar, a regulação da sua (enfermeiros) própria disposição para cuidar. Foi, assim, reconhecida a intencionalidade terapêutica do trabalho emocional, quer em intervenções de grande impacto (a adequação dos espaços, a disponibilização de informação em vários idiomas, as reuniões de equipa semanais de análise e partilha), quer de menor visibilidade (o cuidado com o acolhimento à família, trato cuidado e carinhoso, a valorização da subjetividade da experiência emocional), determinantes no bem-estar e satisfação do cliente e da própria equipa de enfermagem, bem como na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No Serviço de Urgência foi grande a surpresa gerada na equipa com a consciencialização do potencial que intervenções de gestão da emocionalidade da família têm, na transformação da vivência da situação de urgência para a criança e família e de como estas são tantas vezes subvalorizadas e remetidas para um segundo plano, num ambiente de prestação de cuidados agitado, acelerado, exigente e onde os cuidados técnicos ainda ocupam lugar de destaque

Todos os contextos integrados neste estágio tiveram um forte e relevante contributo no meu percurso formativo, onde a dimensão emocional dos cuidados ingressou, a par com outras dimensões e de **práticas de enfermagem avançada**.

Uma valorização do **uso terapêutico do Self**, do recurso à intuição, do **processo reflexivo**, de **autoconhecimento**, na compreensão e respeito das emoções e sentimentos dos clientes e das minhas próprias emoções, e a **incorporação de estratégias de gestão emocional dos clientes**, foi determinante no desenvolvimento de uma relação autêntica com crianças e famílias para a construção de um ato de **cuidar afetivo, humano** (Watson, 2012). A construção e desenvolvimento destes saberes encontra-se espelhada, de modo mais específico, ao longo deste subcapítulo, bem como nos **DIÁRIOS DE CAMPO, JORNAIS DE APRENDIZAGEM**, e na **ANÁLISE DA PRÁTICA DE CUIDADOS** (Apêndices IX, X, XI, XIII, XIV, XVII).

Na Unidade de Saúde Familiar, num contexto onde a diversidade cultural é uma realidade e um desafio, uma prestação de cuidados atenta à dimensão emocional, permitiu que as consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil (CVSIJ) fossem espaços privilegiados de encontro genuíno e autêntico com cada família, assente na minha vontade de cuidar em honestidade e num respeito pela dignidade e integridade humana (Watson, 2012) (**A1, A2, D2**).

Assim, a riqueza das experiências emocionais vividas entrecruzado com um processo reflexivo, encontra-se explanado em **ANÁLISE DA PRÁTICA À LUZ DO MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA** (Apêndice X). O reconhecimento da família como determinante no desenvolvimento, na saúde e bem-estar da criança (Barros, 2003) e a valorização da influência da vivência emocional da família nesta, determinou o **suporte e apoio** às famílias, no reconhecimento da vivência emocional, no conhecimento e compreensão das necessidades individuais, na adequação da intervenção de enfermagem, indo ao encontro das suas especificidades culturais e práticas tradicionais (como o idioma e práticas de diversificação alimentar), as quais foram essenciais para a construção da **estabilidade da relação**, na **gestão das**

emoções e na **capacitação parental** (Barros, 2003, Diogo 2015, 2019) **(E.1.1., E.1.2., E.2.4, E.3.1., E.3.2., E.3.3).**

Foi, neste sentido, fundamentada a minha presença no **Workshop “Da China para Portugal: Percurso, Expectativas e Vivências”** (Anexo VI) do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. A partir das comunicações de profissionais de saúde e relatos de estudiosos da Cultura Chinesa, foi possível identificar particularidades sociais, identitárias e nos cuidados de saúde, reconhecendo o desfasamento muitas vezes encontrado entre práticas tradicionais e recomendações dos profissionais de saúde.

Para além das abordagens individuais às famílias em CVSIJ, tive oportunidade de **participar numa sessão de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais/cuidadores - “Acidentes Infantis dos 0 aos 6 anos – Como prevenir”**, integrada no Projeto da USF – “Parentalidade +: Conversar com os pais”. Foram abordadas questões sobre cuidados imediatos a pequenas feridas, quedas, ingestão de produtos tóxicos, afogamentos e queimaduras, assunto no qual tive oportunidade de intervir com maior preponderância, devido à minha experiência da prática de cuidados numa Unidade reservada a crianças queimadas.

Sendo a **orientação antecipatória às famílias** elementos essenciais ao incremento da literacia em saúde, dos conhecimentos necessários ao **desempenho da parentalidade e para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil** (OE, 2017a), os momentos de transmissão destes à família foram revestidos de disponibilidade emocional, empatia, intuição e escuta. Oportunidades privilegiadas de estímulo à expressão de emoções e sentimentos, de partilha de receios, ansiedades, dúvidas e troca de experiências, de capacitação da gestão emocional e de verdadeiro suporte à confiança parental, culminando numa experiência emocionalmente significativa, positiva e fulcral na construção da estabilidade da relação (Barros, 2003, Diogo, 2015, 2019) **(E.1.1., E.1.2., E.2.4, E.3.1., E.3.2., E.3.3).**

O Serviço de Urgência Pediátrica apresentou-se como um contexto muito particular no meu percurso de estágio, onde a exigência de uma perícia clínica, com elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, se entrecruza com uma quantidade muito significativa de trabalho emocional, num tempo de prestação de cuidados que se pretende célere e eficiente. A situação clínica da criança, dúvidas, incertezas, o ambiente de uma urgência hospitalar e o tempo de espera, induz a que os clientes se mostrem peculiarmente apreensivos, intranquilos e vulneráveis.

A família que acompanha a criança vivencia momentos de perturbação e desorganização, sentindo-se, muitas vezes, incapaz de gerir as suas emoções e de assumir a sua habilidade de cuidado às crianças (Jorge, 2004), independentemente da situação clínica da criança, sendo necessário o apoio e suporte dos profissionais de saúde (Diogo, 2015, 2019). Neste sentido, desenvolvi uma **prestação de cuidados humanizados e afetivos** (Watson, 2012, Vilelas, 2013, Diogo, 2015, 2019), facilitador da gestão emocional e de apoio na intersubjetividade da experiência, implementando intervenções que **atenuem o desconforto, o sofrimento, e promotoras da saúde e bem-estar** da família que acompanha a criança (**A1, B3, E1.1, E2.2, E3.3**). Deste modo, **o afeto, a simpatia, o humor, uma presença disponível, uma compressão empática, uma partilha de informação e a presença e envolvimento parental**, foram estratégias determinantes para a **transformação positiva de uma emocionalidade intensa**, atenuando disrupções emocionais e no incremento do bem-estar de crianças e famílias (Smith, 2012; Barros, 2010; Diogo, 2015, 2019; Hockenberry e Barrera, 2014; OE, 2013; Vilelas, Diogo, Rodrigues, Almeida, 2017).

Entre as várias vivências experienciadas neste contexto, uma foi alvo de destaque no **JORNAL DE APRENDIZAGEM** (Apêndice XI), onde a promoção da gestão emocional da mãe foi fulcral na sua expressão de emoções e sentimentos e regulação emocional, mas, também, em consonância com a premissa de influência emocional mútua, no conforto e bem-estar da criança. Foi, assim, possível, através de uma sensibilidade vigilante, a construção da estabilidade da relação, numa compreensão da totalidade e intersubjetividade da experiência, atuando como determinante no enfrentamento de experiências posteriores (Barros, 2003; Jorge, 2004, Diogo, 2015, 2019) (**A1, A2, B3, D1, E.1.1., E.1.2., E.2.4, E.3.3**).

A evidência científica e as experiências emocionais vividas neste contexto validaram, também, a elaboração do **FOLHETO – FEBRE NA CRIANÇA/ ADOLESCENTES – INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES** (Apêndice XII). No fornecimento de informação dirigida aos pais/acompanhantes, pretende-se propor novas interpretações e orientá-los na adoção de estratégias, promovendo a capacitação das famílias para a gestão proficiente dos cuidados às crianças (OE, 2017a) (**B1, B2, D2, E1.1, E3.3**).

A especificidade da Unidade de Cuidados Especiais do Recém-Nascido foi o contexto de excelência para *Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão da emocionalidade da família*. Se o nascimento de um filho prematuro já é, por si

só, um evento inesperado, de profundo choque e revestido de uma emocionalidade extrema (Barros, 2001; Askin & Wilson, 2014). Todo o ambiente artificial (barreira à construção da relação pais/bebé), a separação precoce, a transposição dos cuidados ao bebé para a equipa de saúde, torna o estabelecimento duma relação de vinculação difícil e lento, o assumir de um papel ativo de proteção e cuidado ao filho exponencialmente dificultado, e um obstáculo ao desenvolvimento do recém-nascido (Barros, 2001; Vilelas, Campos, Toledo & Fernandes, 2014, Altimier & Phillips, 2016).

Neste sentido, desenvolvi **cuidados de enfermagem promotores da vinculação (E1.1, E3.2)**, consubstanciando-se numa partilha sincera e clara de informação relativamente ao estado de saúde do bebé, a explicação da necessidade do equipamento tecnológico e das intervenções realizadas, o suporte emocional aos pais no primeiro contacto com o recém-nascido e no incentivo, na negociação da **colaboração dos pais nos cuidados ao recém-nascido**, desconstruindo receios e adquirindo autonomia. **Estratégias de promoção de vínculo parental (E1.1, E2.4, E2.5, E3.2)** como o **contacto físico** (toque, colo e realização de método *canguru*), **momentos a sós pais/recém-nascido** (Brazelton & Greenspan, 2006; Askin & Wilson, 2014) e a **orientação dos pais para as competências do recém-nascido** para a interação (Brazelton, 2007) foram utilizadas no sentido criar um ambiente afetivo transformador de emoções, promotor de experiências positivas e criador de laços emocionais indutores da capacidade dos pais de um conjunto de adaptações e compensações para uma harmoniosa experiência de parentalidade (Barros, 2001).

Embora os pais descrevam a trajetória de internamento de um filho prematuro associada a emoções de angústia, preocupação, ansiedade (Altimier & Phillips, 2016, Brazelton, 2007), esta também tem potencial de ser uma oportunidade de superação, resiliência, aprendizagem e desenvolvimento de competências parentais (Barros, 2003, Vilelas *et al.*, 2014; Pety, Jarvis, Thomas, 2019). Na descrição da experiência com os pais de Alice, uma bebé de 34 semanas, partilhada no **JORNAL DE APRENDIZAGEM** (Apêndice XIII), relato o suporte, a orientação, a transmissão de conhecimentos e o apoio à aprendizagem de habilidades, no sentido da otimização da alimentação, dado a esta família, tornando-se representativo o modo como o fornecimento de suporte emocional, com a valorização e reconhecimento das suas jornadas emocionais, foi promotor da sua gestão emocional, facilitando a sua participação apoiada nos cuidados à bebé, à construção do vínculo parental, e, numa lógica de contágio emocional, ao bem-estar e

desenvolvimento da filha (Barros, 2003; Altimier & Phillips, 2016, Brazelton & Greenspan, 2006).

Foi a partir da **construção da estabilidade da relação**, consolidada numa **dádiva de afeto, abertura emocional, e comunicação empática** (Diogo, 2019; Barros 2010; Villa, Silva, Costa, Camargo, 2019), que promovi a **vinculação, a capacitação da gestão emocional parental e a sua participação nos cuidados (A.2, B.3, E.1.1., E.2.1., E.2.2., E.2.3., E.3.2., E.3.3.)**. Num ultrapassar o que são meros cuidados e competências técnicas de cuidado ao recém-nascido prematuro, e percebendo que, a par do estabelecimento de um ambiente promotor do desenvolvimento, a gestão emocional dos pais e o seu envolvimento nos cuidados revela-se o fator com maior contributo para o bem-estar e desenvolvimento saudável do recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013).

Desempenhando os pais e família um suporte afetivo, seguro da criança e determinantes na forma como esta lida com a experiência de hospitalização e as vivências de dor e sofrimento (Barros, 2003, Diogo, 2015, 2019), no Serviço de Internamento Pediátrico, **mobilizei estratégias de suporte e capacitação parental para a gestão hábil nos cuidados à criança (E1.1, E2.2, E2.4, E2.5, E3.3)**, fulcrais na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados e na promoção do bem-estar e satisfação de crianças e famílias (OE, 2017a).

Com profundo respeito por crenças e valores, e valorização da sua experiência de cuidado aos filhos, **a presença, envolvimento e a construção de uma relação de parceria com os pais (A1, A2, E1.1, E2.2, E2.5, E3.3)** foram elementos nucleares em toda a minha prestação de cuidados. Numa **intervenção individualizada, empática, de suporte e orientação, sensível às necessidades de cada família**, assente numa constante **comunicação, partilha de informação honesta e clara, negociação e decisão partilhada** (IPFCC, 2017), foram fortes alicerces do reforço das competências parentais, dos seus mecanismos de enfrentamento, no sentimento de autoconfiança traduzindo-se numa oportunidade de aprendizagem e crescimento cognitivo e emocional da família e dos seus recursos para lidar com situações adversas (Barros, 2003, Diogo, 2015, 2019).

A descrição da situação realizada no **JORNAL DE APRENDIZAGEM** (Apêndice XIV), vivência para mim tão marcante, expõe como a minha **disponibilidade e sensibilidade vigilante**, permitiu realizar **apoio e suporte à crise emocionalmente disruptiva** do pai da Nicole. A empatia emocional, compreendendo a vivência perturbadora e desafiante daquele pai, a sua angústia e frustração de se sentir incapaz

de assumir os cuidados à filha, tornou possível fazê-lo sentir-se compreendido, valorizado, escutado e cuidado (**A1, A2, B3**). Este entendimento do sofrimento do Outro foi catalisador na implementação de estratégias de gestão da sua emocionalidade, onde **a escuta, a disponibilidade, a partilha de informação e esclarecimento de dúvidas** (Barros, 2010), foram peças chave para a **confiança** na equipa de saúde, a **construção da relação** e o seu **envolvimento progressivo nos cuidados** à filha, bem como a reconquista da sua tranquilidade e bem-estar, determinante na recuperação, desenvolvimento e bem-estar da criança (Barros, 2003; Diogo, 2015, 2019) (**E.1.1., E.1.2., E.2.4, E.3.3**).

A **regulação da minha disposição emocional** foi, também uma vertente relevante da situação. Numa experiência emocionalmente intensa, a capacidade reflexiva de reconhecer as minhas próprias emoções e de as gerir, aliada à vontade e motivação de cuidar, ir ao encontro do Outro e responder adequadamente às suas necessidades, constituiu-se como a base da autenticidade e honestidade do cuidar (Watson, 2012) e para o sucesso da intervenção (**A1, A2, B3, D1**).

A reflexão sobre esta experiência, e a sua documentação, motivou a minha participação na **AÇÃO DE FORMAÇÃO – “DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM”** (Anexo VII), onde foi possível a análise dos diagnósticos existentes com foco na gestão da emocionalidade da família, assim, como reportar a necessidade de uma revisão da parametrização, englobando o cliente pediátrico e tendo em conta a dimensão emocional associada aos processos saúde-doença. Consequentemente, a elaboração de um documento sobre a **DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM** (Apêndice XV), consubstancia uma proposta de reflexão e orientação para o registo dos cuidados de enfermagem relativos ao desempenho do trabalho emocional com foco na família, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (**B1, B2, D2**).

Ainda no contexto de internamento pediátrico, e como estratégia de gestão da emocionalidade da família, foi reconstruído o GUIA DE ACOLHIMENTO - informação para pais e acompanhantes. Este encontra-se no documento **ACOLHER A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO** (Apêndice XVI), onde é explanada a sua pertinência, e fundamentação.

As últimas duas semanas do meu percurso de estágio decorreram no Centro de Desenvolvimento Infantil, onde colaborei com a enfermeira especialista em sessões de intervenção individualizadas a crianças com perturbações do desenvolvimento e suas

famílias. Este estágio, mesmo com um tempo curto, destacou-se pela singularidade da riqueza das experiências vividas, num reconhecimento e valorização do trabalho emocional dos enfermeiros nos cuidados prestados à criança e família.

A experiência das famílias de crianças em risco de atraso de desenvolvimento está embebida em sentimentos de frustração, angústia, desespero, decepção e isolamento social (Gronita, Pimentel, Bernardo, Matos, Marques, 2016). Estas crianças, ao terem uma capacidade mais reduzida, têm conseqüentemente interações sociais mais difíceis, o que induz nos pais experiências parentais menos gratificantes (McElfresh & Merck, 2014).

O relato da sessão de intervenção terapêutica com o Rodrigo e a sua mãe, apresentada no **DIÁRIO DE CAMPO** – Consulta de enfermagem de seguimento terapêutico (Apêndice XVII), espelha uma prestação de cuidados alinhada com os princípios dos Cuidados Centrados na Família (IPFCC, 2017), num profundo respeito pela individualidade de cada família, dos seus estilos de vida e das suas escolhas, como pela unicidade de cada elemento familiar, e num trabalho em parceria com as famílias **(A1, A2, B3, E1.1)**. Num reconhecimento dos pais/cuidadores/família como os principais promotores do desenvolvimento e bem-estar, físico e emocional da criança, e tendo em conta que as relações afetivas constituem a base para o desenvolvimento intelectual e social (Brazelton & Greenspan, 2006), para além do foco de atenção na criança, a intervenção estabelecida em consulta centra-se na interação mãe-criança (neste caso), com a **implementação e gestão de um plano promotor da parentalidade, apoiando e estimulando a função parental (E1.1)**, no desenvolvimento das potencialidades da família, com vista o seu fortalecimento e autonomia.

A **empatia, afetividade, escuta ativa, disponibilidade** foram recursos utilizados, determinantes **na construção da estabilidade da relação** (Diogo, 2015, 2019) e na criação de um **espaço afetivo, de respeito e confiança, de contenção** emocional, possibilitando aos pais a **expressão das suas emoções**, dúvidas, receios e frustrações. A gestão da emocionalidade da família foi determinante na transmutação do impacto emocional experienciado, onde experiências e sentimentos negativos foram atenuadas e minimizadas, e experiências positivas foram reforçadas e enaltecidas (Diogo, 2015, 2019; Pety, Jarvis, Thomas, 2019), e na promoção de laços afetivos positivos, da vinculação, da construção de uma parentalidade positiva, e, possibilitando quebrar barreiras perante as limitações e mobilizar de recursos de enfrentamento fase à situação (OE, 2010) **(E1.1, E2.2, E2.4, E2.5, E3.3)**

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No fim deste relatório, regresso a Jean Watson e à sua proposta de visualizarmos os fenómenos numa nova ou diferente perspetiva, “a usarem novas lentes quando focarem a atenção no fenómeno do comportamento humano na saúde e na doença” (Watson, 2002, p. 7), na qual encontro fundamento para o que foi a construção deste caminho, onde me reconheci, reinventei e reencontrei profissional e pessoalmente.

A elaboração do presente relatório espelha o meu percurso formativo na aquisição e desenvolvimento das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018), e das capacidades inerentes ao grau de mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006).

Contudente com este propósito, todo este processo contínuo de construção e reconstrução, confronto, aprofundamento, reflexão, com foco na constante aprendizagem, desenvolvimento e melhoria profissional, proporcionaram um desenvolvimento pessoal e profissional, e de um saber científico, ético, deontológico e humano exigido ao EEESIP. Assumindo, concomitantemente, a responsabilidade de descodificar, disseminar investigação pertinente, a qual permite avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem, apostando numa Enfermagem Avançada, honrando o corpo de conhecimentos intrínsecos à enfermagem, e defendendo o valor da multidisciplinaridade e da “muitiprofissionalidade” na qualidade dos cuidados que prestamos.

A prática de cuidados apresenta-se como “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p. 14). Assim, as experiências vividas e as oportunidades de aprendizagem, durante estas dezoito semanas nos diferentes contextos foram promotoras de momentos de análise e reflexão, os quais tiveram um contributo decisivo para a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação à criança e família. E, de um modo, particular, de desenvolver competências, no âmbito do trabalho emocional em enfermagem, de gestão da emocionalidade da família.

Nestes onze anos de experiência profissional em internamento pediátrico, fui construindo a perceção da interligação entre o estado emocional da criança e da sua família, de como famílias ansiosas, nervosas e tristes influenciam e transmitem tais emoções às crianças e como, contrariamente, pais seguros e tranquilos se apresentam

como figuras securizantes, mais capazes de gerir as suas emoções e a emocionalidade dos seus filhos. Estando a gestão das emoções em enfermagem ligada a um nível de experiência e perícia clínica (Benner e Wrubel, 1989), a solidez teórica, o saber experiencial e as competências adquiridas para um cuidado emocionalmente competente impelem a continuidade de projetos e aprendizagens.

Num claro investimento na relação afetiva, na valorização das experiências emocionais de crianças e famílias, e pelo potencial terapêutico inerente à gestão das emoções dos clientes, pretendo, numa sucessão das atividades já desenvolvidas em contexto de internamento pediátrico, sobre o acolhimento de criança e família, elaborar, agora, um guia de acolhimento dirigido ao adolescente, e estender estas ações à sala de espera do bloco operatório, com um Cartaz de acolhimento à família. Decorrente da documentação dos cuidados de enfermagem, realizar formação à equipa sobre o registo de enfermagem para as respostas emocionais dos cuidadores familiares.

Embora intelectual, emocional e fisicamente exigente, o caminho percorrido, os encontros proporcionados, os resultados obtidos, culmina num estado de alma de satisfação, gratificação, que por si só representam como recompensa de todo o desempenho, motivação e dedicação. Tendo sido o conforto com situações emocionalmente intensas, de reconhecimento do sofrimento do Outro, elementos fulcrais num aprofundamento do conhecimento de mim mesma, tornando-me uma profissional melhor, melhorando a minha prestação de cuidados, e o bem-estar e satisfação das crianças e famílias por mim cuidadas.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W (2001). *Identidade, formação e trabalho, das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*. 6, 52-59. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2076&id_revista=5&id_edicao=21.

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>.

Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16, 230-244. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336916301118>.

Altimier, L. B. & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (2013), 9-22. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336912001997>

Askin, D. & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). (p. 331-411). Loures: Lusociência.

Barbier, J. M. (1996). *Elaboração de projetos de ação e planificação*. Porto: Porto Editora.

Barros, L. (2001). O Bebê Nascido em Situação de Risco. In: Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235-254). Lisboa: Quarteto Editora.

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

Barros, L. (2010). Família, saúde e doença intervenção dirigida aos pais. *Alicerces*, III (3), 207-221. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/768>.

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brazelton, T. B. (2007). *O Grande livro da criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (10ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. (2006). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.

Carper, B. A. (1985). Fundamental patterns of knowing in nursing. In: Nicoll LH – *Perspectives on nursing theory*. Boston: Little Brown and Company.

Carrilho, I., & Monteiro, J. (2007). Tratamento do estado de mal epiléptico em idade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38, 163-8.

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

Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf.

Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. New York: Springer Publishing Company.

Coyne I., Holmström I., Söderback M. (2018). Centeredness in Healthcare: A concept synthesis of Family-centered care, Person-centered care and Child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. Doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.001

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Curado, M. A. S., Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M. & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*, 12, 131-142.

Decreto Lei nº. 188/2014 de 5 de agosto de 2014. *Diário da República I Série*, Nº.149 (05-08-2014) 4069-4071.

Decreto Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006. *Diário da República I Série*, n.º 60 (24-03-2006) 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2017) (coord.). *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 (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

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. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2012). *Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012 – Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa. Disponível: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2014) *Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015 – Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2015) *Norma nº 014/2015 de 06/08/2015 – Medicamentos de alerta máximo*. Lisboa: DGS. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx.

Direção Geral da Saúde (2017b) *Orientação nº 002/2017 – Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de saúde*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://nocs.pt/preparacao-e-conducao-de-auditorias-da-qualidade-e-seguranca-da-prestacao-de-cuidados-de-saude/>.

Direção Geral da Saúde (2018). *Norma nº 002/2018 de 09/01/2018 – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2017a) *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>.

Fortin, M.F. (2009) – *O processo de Investigação: da concepção à realização* (5.^a edição). Loures: Lusociência.

Griffith, T., Rankin, K. & Traut-white, R. (2017). The Relationship Between Behavioral States and Oral Feeding Efficiency in Prterm Infants. *Advances in Neonatal Care*, 17 (1), 12-9.

Gronita, J., Pimentel, J. S., Bernardo, A.C., Matos, C., Marques, J.D. (2016). *E quando atendemos crianças... diferentes – Boas práticas na intervenção precoce – Como podem os profissionais orientar as famílias com as crianças com deficiência* (2.^a Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. Doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.

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

Hochschild, A. R. (1983) *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.

Hockenberry, M. e Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M., e Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp.1 – 121). Loures, Portugal: Lusodidata.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.

Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª edição). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Palmigráfica.

Kérouac, S., Pépin, J. & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.

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

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Mathern Child Health*, 297-305.

Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. R. (2001). *Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas* (4ªed). Porto: Edições Afrontamento.

Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.

Mariano. C. (2007). Holistic Nursing: Scope and Standards of practice. In: American Nurses´ Association (Autor), *Holistic Nursing: Scope and Standards of practice* (pp.53-84). Jones and Bartlett Publishers.

Martins, M., & Melo, J. (2008). Emoção... Emoções...Que implicações para a saúde e qualidade de vida?...Millenium - *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 34, 125-148.

McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar - O corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.

National Scientific Council on the Developing Child (2007). The Science of Early Childhood Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do. *Center on the Developing Child: Harvard Univesity*. Acedido em 10-12-2018. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/resources/the-science-of-early-childhood-development-closing-the-gap-between-what-we-know-and-what-we-do/>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Série I) Volume 1: Número 1. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratuca_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobb_estrategiasnaofarmacologicascontroldorcrianca.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2017b) *Programa formativo de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10883/programa_formativo_eesip_rev35-vf.pdf.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*. 14. (1). 24-38. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf).

Pety, J., Jarvis, J., Thomas, R. (2019). Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1911-1924. Doi: 10.1111/jocn.14807.

Pickler, R. H., MacGrath, J. M., Reyna, R. A., Lewis, M., Cone, S. & Wetzel, P. A. (2013). Effects of the neonatal intensive care unit environment on preterm infant oral feeding. *Research and Report in Neonatology*, 2013 (13), 15-20.

Pickler, R. H., Reyna, B. A., Wetzel, P. A. & Lewis, M. (2015). Effect of Four Approaches to Oral Feeding progression on Clinical Outcomes in Preterm Infants. *Nursing Research and Practice*, 2015, 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/716828>

Queirós, J., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M., Cantarino, S. (2016) Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(10), 85-94. Doi: [org/10.12707/RIV16022](https://doi.org/10.12707/RIV16022).

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 140 de 06/02/2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série II (N.º 133 de 12-08- 2018). 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?!=1>.

Ribeiro, J. P., Gomes, G.C., Thofehrn, M. B. (2014). Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*, 48 (3), 530-539. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300020.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização In Hockenberry, M. e Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025 – 1060). Loures: Lusodidata.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*. (11).59-62.

Schön D. (1992). *La formacion de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.

Schön D. (1997). Formar professores como profissionais reflexivos. In A. Nóvoa, *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Smith W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. Doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.014.

Smith, P. (1988) The Emotional Labour of Nursing. *Nursing Times*, 84(44), 50-51.

Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.

Smith, P. (2012). *"The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?"* (2ª edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: Uma revisão do conceito. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 7(3), 41-50. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/263733964_O_trabalho_emocional_no_ato_de_cuidar_em_enfermagem_uma_revisao_do_conceito *The emotional labour in the act of caring nursing a review concept.*

Vilelas, J., Campos, L., Toledo, D., & Fernandes, A. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf.

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) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 45 – 76). Loures: Lusodidacta.

Villa, L.L.O., Silva, J.C., Costa, F.R., Camargo, C.L. (2017). The perception of the companion of the humanized care in a pediatric intensive care unit. *Rev Fund Care Online*, 9 (1), 187-192. Doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.187-192.

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

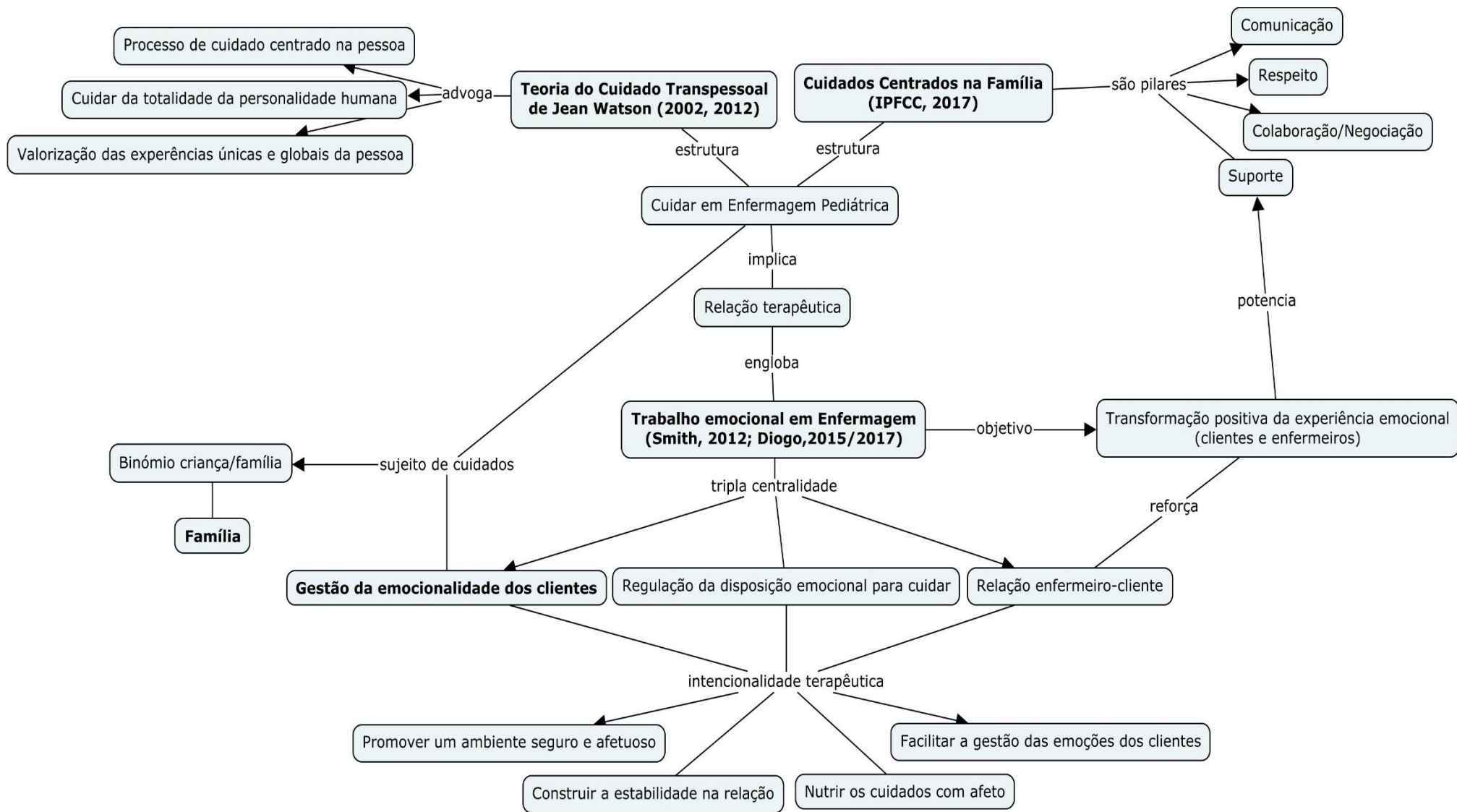
Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

World Health Organization Regional Committee for Europe. (2015). Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. *World Health Organization*. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1.

World Health Organization. (2012). *Care for child development – Improving the Care of Young Children*. Genebra. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/.

APÊNDICES

APÊNDICE I
- MAPA CONCEPTUAL



APÊNDICE II
– CRONOGRAMA

<u>Ano</u>	2019/2020																		
<u>Mês</u>	Set.	Out.					Nov.				Dez.				Jan.				Fev.
<u>Semanas</u>	23-29	30-6	7-13	14-20	21-27	28-3	4-10	11-17	18-24	25-1	2-8	9-15	16-22	23-5	6-12	13-19	20-26	27-2	3-9
<u>Contextos</u>	Unidade de Saúde Familiar				Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido				Unidade de Cirurgia Pediátrica				Férias de Natal	Serviço de Urgência Pediátrica				Centro de Desenvolvimento Infantil	

APÊNDICE III
– GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO



10.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado
em Enfermagem, Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
2019 – 2020**

Siglas

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCF – Cuidado Centrado na Família

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	4
2. PROBLEMÁTICA	4
3. ENQUADRAMENTO	6
4. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

NOTA INTRODUTÓRIA

A elaboração deste Guia Orientador das Atividades de Estágio enquadra-se na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo como objetivo refletir a organização de um plano de trabalho, permitindo prever, orientar e preparar o caminho a percorrer no decurso do ensino clínico.

Desta forma, pretendo perspetivar o meu percurso de desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e sua família.

O presente documento tem como base o Projeto de Estágio, o qual partiu da identificação de uma problemática oriunda com contexto de prática clínica, assim como no autodiagnóstico de competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018), as quais me propus a desenvolver

Este Guia Orientador Das Atividades De Estágio contempla assim a apresentação do projeto, da problemática e objeto de estudo, o enquadramento da temática e, posteriormente, a apresentação esquemática dos objetivos específicos respetivos a cada campo de estágio, as atividades a realizar para concretização dos mesmos, os recursos necessários a utilizar e, por fim, as competências a serem consolidadas.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: **Cuidar em Enfermagem Pediátrica: Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença**

Data de início: 23 de setembro de 2019

Duração: 18 semanas

Palavras-chave: cuidar, intervenção de enfermagem, gestão da emocionalidade, família, enfermagem pediátrica.

2. PROBLEMÁTICA

As problemáticas em saúde podem advir de diversas fontes, como contextos clínicos, observações, trabalhos publicados, problemas sociais, conferências sobre os resultados de investigação, teorias, modelos conceituais ou das prioridades estabelecidas pelos grupos científicos e profissionais (Fortin, 2009). A definição da problemática em estudo advém de uma necessidade reconhecida no meu contexto profissional de identificação, divulgação e reflexão das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença.

Tal como as crianças têm direito a ser acompanhadas pelos seus pais, estes também têm o direito de receber apoio para descobrir estratégias adaptativas para uma situação potencialmente perturbadora para toda a família (Barros, 2003). Entendendo a família como constante na vida da criança, reconhecendo a sua individualidade e admitindo a premissa que as atitudes e emoções dos pais são determinantes nas atitudes dos filhos e de que os pais modelam e encorajam os mesmos, torna-se imperioso a valorização de uma perspetiva transacional de influência do impacto emocional intrínseco dos processos saúde-doença (Barros, 2003).

Em Enfermagem Pediátrica a adoção do binómio criança/família como beneficiário dos cuidados e do modelo conceptual de cuidados centrados na criança e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018 – competências específicas do EEESIP) implica que o enfermeiro reconheça a unicidade da família, facilitando a vivência dos processos saúde-doença positivamente e de acordo

com as suas necessidades, nas quais as emocionais não podem ser esquecidas. O uso das emoções e da sua gestão quer do próprio, quer de quem é cuidado, é realizado de forma consciente pelos enfermeiros no sentido reparador e transformador da experiência negativa, com enfoque na promoção do bem-estar emocional e na melhoria dos cuidados prestados (Diogo, 2015, 2019).

Apesar de ser prática fulcral, intrínseca e de elevado relevo, a vertente emocional associada aos cuidados de enfermagem é pouco valorizada e mesmo pouco reconhecida. Deste modo, torna-se relevante o estudo sobre trabalho emocional explicitar o potencial terapêutico, identificar as intervenções de enfermagem que incorporam o trabalho emocional e dar visibilidade aos ganhos em saúde gerados pelo trabalho emocional (Vilelas, 2013; Diogo, 2017).

Assim sendo, e de acordo com a definição da problemática apresentada, proponho o desenvolvimento de um projeto de aquisição de competências para obtenção de título de Enfermeira Especialista de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, e grau de Mestre em Enfermagem, com enfoque **na Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença.**

Concordante com este percurso de formação que estou a desenvolver, o caminho a traçar pressupõe o desenvolvimento pessoal e profissional, a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e família. E tal como Benner e Wrubel (1989) sugerem, a gestão das emoções em enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia clínica, em que os enfermeiros peritos se envolvem com os clientes e valorizam as emoções na sua prática. O uso terapêutico das emoções, inscrito no compromisso do cuidar, transpõe as intervenções tecnicistas, enfatizando o investimento na relação afetiva e valorizando as experiências emocionais dos clientes (Diogo, 2019).

Assumindo, concomitantemente, a responsabilidade de descodificar e disseminar investigação pertinente que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem, apostando numa Enfermagem Avançada, honrando o corpo de conhecimentos intrínsecos à enfermagem e defendendo o valor da multidisciplinaridade e da “muitiprofissionalidade” na qualidade dos cuidados que prestamos.

3. ENQUADRAMENTO

A concepção de Cuidar, atualmente aceita como pedra basilar na identidade da Enfermagem, agrega em si uma ideologia científica e humanista, a qual valoriza a singularidade individual nos processos saúde-doença. A compreensão da experiência humana nestes processos implica um olhar focado e atento, também, para a dimensão emocional presente. Este pressuposto é defendido por Watson (2002, 2012), a enfermagem não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas – dor, alegria, sofrimento, medo, raiva...

Numa profissão marcada pela relação - o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal (relação terapêutica) entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) (OE, 2011) - podemos alegar que as emoções orientam os cuidados de enfermagem, preenchendo de ênfase e sentido o próprio cuidar (Diogo, 2006). Ao que ao cuidado em pediatria diz respeito, este está profundamente impregnado de emoções e afetos (Diogo, 2015, 2019).

As transformações significativas ocorridas nos serviços de saúde de atendimento à criança pressupõem o reconhecimento e atenção às necessidades específicas da população infantil, em que a dimensão afetiva não está excluída, assim como o papel central da família na vida da criança. Atualmente reconhece-se que criança e família se influenciam mutuamente e que nos processos de saúde-doença esta dimensão tem elevado significado, quer pela dependência da criança física e comportamental, quer pela sua dependência em questões de atitudes, crenças, valores e significações (Barros, 2003).

A ratificação desta influência mútua criança/família e o reconhecimento do papel da família na estruturação e organização do ambiente infantil, implica que esta seja em si mesmo alvo de cuidados (Barros, 2003). A adoção da filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) como orientadora do cuidado de enfermagem em pediatria resulta, exatamente, da convicção de que a família se apresenta como constante na vida da criança, que estas são afetadas e afetam aqueles com quem têm relacionamentos mais próximos e que a inclusão das

famílias nos processos de saúde-doença é sinónimo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Harrison, 2010; IPFCC, 2017).

No contexto de enfermagem pediátrica, o trabalho emocional está implícito na relação terapêutica de cuidar, sendo mesmo considerado uma competência imprescindível da arte de cuidar (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

Nestes dez anos de experiência profissional em internamento pediátrico, sempre foi minha área de interesse a dimensão emocional da criança e família, construindo a perceção da interligação entre o estado emocional da criança e da sua família, como famílias ansiosas, nervosas, tristes influenciam e transmitem tais emoções às crianças e como, contrariamente, pais seguros, tranquilos se apresentam como figuras securizantes e mais capazes de gerir a emocionalidade dos seus filhos. Por vezes a ansiedade vivenciada pela criança é o reflexo da ansiedade vivenciada pelos seus pais (Broering & Crepaldi, 2011). Quando a nossa intervenção se foca na promoção da gestão da emocionalidade da família, esta apresenta resultados efetivos na família, mas também na criança.

Deste modo, a experiência emocional das famílias no cuidado à criança, releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais, assumindo o potencial terapêutico que a gestão da emocionalidade da família tem, quer como ganho em saúde objetivo, quer como determinante da gestão emocional da própria criança para promover a saúde e prevenir perturbações e comportamentos de risco nas crianças.

4. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Objetivo Geral: Desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito do cuidar a criança, jovem e respetiva família em diferentes contextos clínicos.			
Objetivo específico: Conhecer a estrutura física, a dinâmica do contexto e projetos e programas em desenvolvimento.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Realização de reunião com o Enfermeiro Chefe e/ou Enfermeiro Orientador, e apresentação do Guia orientador das atividades de estágio;</p> <p>Análise e adaptação das atividades de estágio planeadas após discussão com Enfermeiros Orientadores;</p> <p>Visita à estrutura física do contexto;</p> <p>Consulta e análise de documentos de referência do contexto;</p> <p>Observação das dinâmicas da instituição e da prática de cuidados;</p> <p>Elaboração do documento – Caraterização dos contextos de estágio.</p>	<p>Transversal a todos os contextos</p>	<p>Materiais: Documentos de referência do contexto</p> <p>Humanos: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador e equipa de Enfermagem</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro Especialista:</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>

Objetivo Geral: Desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito do cuidar a criança, jovem e respetiva família em diferentes contextos clínicos.

Objetivo específico: Desenvolver competências na prática de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Pesquisa bibliográfica para consolidação de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem e instrumentos de avaliação;</p> <p>Observação e colaboração com o EEESIP em consultas de enfermagem com enfoque no crescimento e desenvolvimento; Prática baseada na evidência;</p> <p>Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento com supervisão;</p> <p>Elaboração Diários de campo – Crescimento e Desenvolvimento Infantil.</p>	<p>USF</p> <p>Centro de Desenvolvimento Infantil</p>	<p>Materiais: Computador; bases de dados, Instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil;</p> <p>Diários de campo</p> <p>Humanos: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador e equipa de Enfermagem</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro Especialista:</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;</p> <p>Competências específicas do enfermeiro EESIP:</p> <p>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; E2.4 - 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.</p>

Objetivo Geral: Desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito do cuidar a criança, jovem e respetiva família em diferentes contextos clínicos.

Objetivo específico: Prestar cuidados à criança e jovem e família nos processos saúde-doença nos diferentes estádios de desenvolvimento.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados ao recém-nascido doente ou com necessidades especiais;</p> <p>Prática baseada na evidência;</p> <p>Observação e colaboração com o EEESIP nos cuidados prestados ao recém-nascido doente ou com necessidades especiais (promoção da vinculação e da capacitação da família; cuidados de conforto e bem-estar ao recém-nascido; promoção ambiente tranquilo, seguro e afetuoso);</p>	UCERN	<p>Materiais:</p> <p>Computador; bases de dados, manuais relevantes</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro Especialista:</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;</p>
<p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre doenças mais comuns de cada estádio de desenvolvimento;</p> <p>Prática baseada na evidência;</p> <p>Observação e prestação de cuidados à criança e família, em situações de urgência/emergência;</p>		<p>Humanos:</p> <p>Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador e Equipa de Enfermagem</p>	<p>Competências específicas do enfermeiro EESIP:</p> <p>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;</p> <p>E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;</p> <p>E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as respostas;</p>

<p>Observação e colaboração com o EEESIP nos cuidados prestados à criança/jovem e família:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de ambiente afetivo, familiar e seguro; • Atividade lúdica como recurso terapêutico; • Mobilização de estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem; • Implementação de estratégias de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança; • Promoção da presença e capacitação parental. 	<p>Serviço de Internament o Pediátrico</p> <p>Serviço de Urgência Pediátrica</p>	<p>Brincar</p> <p>Escalas de avaliação de dor</p> <p>Estratégias não farmacológicas de controlo da dor</p>	<p>E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>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;</p> <p>E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;</p> <p>E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;</p> <p>E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais;</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;</p> <p>E3.4 – Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.</p>
<p>Observação participativa em atividades no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e da Gestão dos Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão de recursos humanos e materiais; • Assessoria nos processos de tomada de decisão; • Processos de auditoria. 	<p>Serviço de Internament o Pediátrico</p>		<p>Competências comuns do enfermeiro Especialista:</p> <p>B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>

Objetivo Geral: Adquirir competências no âmbito da gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença.

Objetivo específico: Fundamentar e divulgar o Trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica na gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Pesquisa bibliográfica para aceder à informação científica mais recente;</p> <p>Construção de instrumento de organização (pasta digital) da informação recolhida relacionado com a gestão da emocionalidade da família;</p> <p>Apresentação do projeto à equipa de enfermagem em cada contexto;</p> <p>Apresentação do Poster “Cuidar em enfermagem pediátrica: Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença” nas 2^{as} Jornadas “Emoções em Saúde” – Emoções, Afeto e Promoção da Saúde... - ui&de/ESEL.</p>	Transversal a todos os contextos	<p>Materiais: Computador; bases de dados, pasta digital (<i>dossier</i> temático)</p> <p>Humanos: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador e equipa de Enfermagem</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro Especialista:</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</p>

Objetivo Geral: Adquirir competências no âmbito da gestão da emocionalidade da família no cuidado à criança nos processos saúde-doença.

Objetivo específico: Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão da emocionalidade da família.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<p>Análise dos recursos do contexto no âmbito do apoio, suporte e gestão da emocionalidade da família;</p> <p>Prática baseada na evidência;</p> <p>Construção do Guião de Observação – Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da família;</p> <p>Mobilização de estratégias de gestão da emocionalidade da família na prática de cuidados;</p> <p>Treino de instrumentos terapêuticos de dimensão emocional e no desenvolvimento de competências sociais/comunicacionais;</p> <p>Realização da Sessão de reflexão: Intervenção dos Enfermeiros à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;</p> <p>Observação e reflexão sobre as práticas no contexto clínico;</p> <p>Identificação das necessidades emocionais da família;</p>	<p>USF</p> <p>UCERN</p> <p>Serviço de Internamento</p> <p>Pediátrico</p> <p>Serviço de Urgência</p> <p>Pediátrica</p> <p>Centro de Desenvolvimento</p>	<p>Materiais:</p> <p>Computador;</p> <p>documentos do contexto; manuais de referência; Guião de observação;</p> <p>Diário de campo;</p> <p>Jornal de Aprendizagem.</p> <p>Humanos:</p> <p>Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador e Equipa de Enfermagem.</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro Especialista:</p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;</p> <p>Competências específicas do enfermeiro EESIP:</p> <p>E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da</p>

<p>Estimulação à comunicação expressiva das emoções da família;</p> <p>Mobilização de estratégias de suporte emocional à família (com base na filosofia de cuidados centrados na família e no modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica);</p> <p>Elaboração de um jornal de aprendizagem tendo por base uma situação significativa;</p> <p>Elaboração do folheto – Febre na criança/adolescentes – informação para pais e acompanhantes;</p> <p>Participação na ação de formação – “Documentação dos cuidados de enfermagem”;</p> <p>Elaboração de um instrumento sobre a Documentação dos cuidados de enfermagem;</p> <p>Elaboração do documento – “Acolher a família em contexto de internamento pediátrico”;</p> <p>Participação nas 2^{as} Jornadas “Emoções em Saúde” – emoções, afeto e promoção da saúde... - ui&de/esel;</p> <p>Participação no Workshop “Team building: gestão das emoções nas equipas de enfermagem”;</p> <p>Participação no 7.º Workshop emoções em saúde – “Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: da conceção à prática” da - ui&de/esel;</p> <p>Participação no Workshop “Da China para Portugal: Percurso, Expectativas e Vivências”, integrado no ciclo formativo “Diversidade Cultural: Cuidar no Hospital”.</p>		<p>Análise da prática de cuidados;</p> <p>Estratégias de gestão emocional (dádiva de afeto, sensibilidade vigilante; presença disponível, empatia, escuta ativa; comunicação adequada, partilha de informação honesta e clara, negociação e decisão partilhada; presença e envolvimento parental).</p>	<p>capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;</p> <p>E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;</p> <p>E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as respostas;</p> <p>E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>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;</p> <p>E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;</p> <p>E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;</p> <p>E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais;</p> <p>E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>
--	--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (2003) *Psicologia Pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.

Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.

Broering, C. & Crepaldi, M. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*. 18(39). 61-72.

Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2017) (coord.). 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 (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

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.

Fortin, M.F. (2009) – *O processo de Investigação: da concepção à realização* (5.ª edição). Loures: Lusociência.

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. Doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 140 de 06/02/2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série II (N.º 133 de 12-08- 2018). 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?!=1>.

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: Uma revisão do conceito. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 7(3), 41-50.

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

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE IV
– CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Unidade Curricular
Estágio com relatório

Caracterização dos Contextos de Estágio

Ana Carolina Rito, N° 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA
2019 - 2020

ÍNDICE

Nota Introdutória.....	2
1. Unidade de Saúde Familiar.....	2
2. Unidade de Cuidados Especiais Ao Recém-Nascido.....	4
3. Serviço de Internamento de Pediatria.....	5
4. Serviço de Urgência Pediátrica.....	7
5. Centro de Desenvolvimento Infantil.....	8
Referências Bibliográficas.....	11

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento visa, como o próprio título anuncia, a descrição de cada contexto no qual realizei o meu percurso de estágio, apresentando-se como um elemento de sistematização das informações relevantes sobre as características do espaço físico do contexto, o reconhecimento das suas dinâmicas, da constituição das equipas, áreas de intervenção e das conceções orientadoras da prática, bem como o conhecimento dos projetos em desenvolvimento em cada contexto.

Abordar o tema do ambiente de cada contexto não se cingiu a uma descrição do espaço físico, mas de um espaço social, profissional e de relação interpessoal. Em todos os locais apresentados denota-se um reconhecimento e valorização da promoção de ambiente por parte das equipas de saúde, com determinante relevo na humanização e na melhoria dos cuidados prestados à criança e família (Ribeiro, Gomes, Thofehrn, 2014). Num significativo empenho em proporcionar um cuidado acolhedor, afetuoso e humano, percebemos o compromisso na construção de um espaço de conforto, promotor do encontro entre sujeitos e da construção das relações facilitador da prestação de cuidados.

Neste investimento na promoção de ambiente seguro e afetuoso, reside o potencial de desfazer o mito de espaços frios e hostis, transmutando vivências emocionais de receio e medo associadas aos serviços de saúde por parte de crianças e famílias. E, também, contribuir de forma decisiva para a promoção da satisfação e bem-estar dos clientes e profissionais (Ribeiro, Gomes, Thofehrn, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Diogo, 2015, 2019).

1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A Unidade de Saúde Familiar, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo uma USF de Modelo de Desenvolvimento B (Decreto Lei n.º 298/2007), em que o método de enfermeiro de família (Decreto Lei n.º 118/2014) se encontra implementado.

A equipa da USF constitui-se com nove médicos de medicina geral e familiar, nove enfermeiros (cinco enfermeiros EESIP), quatro assistentes técnicos e dois

assistentes operacionais, organizando-se segundo um modelo de equipa multidisciplinar, existindo nove micro equipas constituídas por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, cada uma responsável por uma lista de utentes organizada pelo seu processo familiar.

A USF presta os seus serviços através de diferentes tipos de atividades: Consulta de Planeamento Familiar, Consulta de Saúde Materna, **Consulta de Saúde Infantil e Juvenil**, Consulta Programada do Adulto, Consulta Aberta, Consulta de Intersubstituição, Consulta de Diabetes, Consultas e Cuidados Domiciliários, Vacinação, Cuidados em Sala de Tratamentos, Contactos Indiretos e Atendimento Telefónico. Articulado também com outras Unidade do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central: Unidade de Saúde Pública, Unidade de Medicina Dentária, URAP (constituída por Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas), Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis / Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH, Consulta de Cessação Tabágica, Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade.

A USF serve uma população onde a nacionalidade estrangeira se apresenta em grande prevalência e, dentro desta população, destaque para naturais do Bangladesh, Nepal, Brasil, Índia e China. Esta diversidade cultural apresenta-se como o maior desafio identificado pela equipa multidisciplinar da USF e, concordante com a visão apresentada pela USF, para se constituir como uma unidade de referência na acessibilidade, excelência e equidade dos cuidados prestados com eficácia e eficiência, têm sido desenvolvidas ações para atender às particularidades da comunidade a quem presta cuidados, sendo determinante para a melhoria do estado de saúde e aumento da satisfação dos utentes. Desde a área de receção da USF, destaca-se a sinalização das diversas valências e a disponibilização de todos os materiais de divulgação afixados em vários idiomas.

No que à consulta de saúde infantil e juvenil diz respeito, precisamente atendendo à particularidade da comunidade a quem presta cuidados, a equipa de enfermagem aposta em programas de formação de aprofundamento do conhecimento das várias culturas, elabora folhetos com informações/recomendações sobre assuntos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil nos idiomas mais frequentes na população e desenvolve o projeto Parentalidade Positiva, com sessões de educação para a saúde em modo bilingue (português/inglês).

Esta preocupação em dar uma resposta adequada às necessidades de saúde das pessoas tendo em conta o seu referencial cultural, fundamenta um cuidar de enfermagem da equipa da USF no conhecimento do indivíduo nas suas diferentes dimensões. Demonstram, assim, o seu empenho pelo cuidar humano e altruísta e respeito pela intersubjetividade experimentada pelos clientes nos diferentes processos de saúde-doença (Watson, 2012), olhando as pessoas cuidadas como sujeitos de cuidados a experienciar situações únicas.

2. UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS AO RECÉM-NASCIDO

A Unidade de Cuidados Especiais ao recém-nascido insere-se num hospital do sector privado da saúde da região de Lisboa.

Esta Unidade, anexa ao bloco de partos da instituição, apresenta-se dividida em dois espaços contíguos. Um dos espaços com capacidade para cinco recém-nascidos em incubadora e um outro com lotação para três recém-nascidos em berço. Propõem-se, deste modo, a prestar cuidados a recém-nascidos pré-termo (classificação segundo a idade gestacional) (Hockenberry & Wilson, 2014) ou recém-nascidos que, sendo de termo, apresentem patologia que requeira cuidados especiais ou intensivos no período neonatal.

A Unidade engloba dois circuitos de entrada distintos, um para os profissionais e um outro para os pais. Esta atenção de separação dos circuitos revela uma sensibilidade e respeito pelas vivências de cada família desde do acolhimento à unidade. A entrada da Unidade apresenta-se como um espaço amplo, com mobiliário confortável (sofás e cadeiras), uma máquina de venda automática de bebidas/alimentos, transmitindo uma atmosfera calma, serena e de descontração. A decoração não se limita a uma pintura de tons neutros, as paredes revelam um investimento por parte da equipa na família como alvo de cuidados. Encontramos pendurados quadros que nos contam as histórias de famílias que nesta unidade começaram o seu percurso de vida, imagens reais, testemunhos reais, que atuam como intervenção otimista e esperançosa para alguém que experiencia um processo de emocionalidade intensa. Na mesma linha de atenção para com os pais/família, a Unidade disponibiliza nesta sala de acolhimento instrumentos de gestão da

informação, cartazes com as normas da Unidade e cartazes com orientações legais, representativos da preocupação da defesa dos direitos dos clientes.

A equipa da Unidade ressalva nas orientações que os pais podem permanecer livremente junto do seu filho, facilitando um cadeirão para os pais junto ao bebé e incentivando a trazer a roupa e objetos de conforto para o bebé. A família não se limita aos pais, sendo esclarecedora a orientação que os avós, irmãos e outros familiares são bem-vindos, havendo um horário de visita específico.

O acolhimento dos pais ao interior da Unidade é realizado pela enfermeira que cuida do recém-nascido naquele turno. A prestação de cuidados de enfermagem organiza-se no método individual de trabalho, onde cada enfermeiro é responsável pela totalidade dos cuidados a um ou mais bebés e famílias, durante o seu turno, sendo o elemento de referência no estabelecimento de uma relação de parceria entre enfermeiro e família e com na construção de um plano de cuidado em comum.

Os aspetos multiplicam-se numa atitude de quer de integração da família no cuidado à criança, que no entendimento desta também como alvo de cuidados, percebendo a orientação da Unidade sob um quadro conceptual interdisciplinar de referência para a prática de cuidados que tem a família com foco e unidade de cuidados (OE, 2017).

3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Este contexto, inserido num Centro Hospitalar de Lisboa, presta cuidados a crianças de todas as faixas etárias, integrando as unidades de Cirurgia Geral Pediátrica, Urologia Pediátrica, Cirurgia Plástica e de Queimados. Tem um protocolo estabelecido com o Serviço de Oncologia Pediátrica de Lisboa e foi certificado como Centro de Referência para a Área da Oncologia Pediátrica.

Com capacidade para 14 crianças na área da cirurgia, contando com 4 quartos de duas camas e dois quartos de 6 berços, e para 7 crianças na área reservada a crianças queimadas, o serviço estende-se por um corredor. O lado direito está reservado para as áreas utilizadas pelas crianças/famílias e, do lado esquerdo, a zonas destinadas aos profissionais (sala de enfermagem, sala de preparação de medicação e sala de tratamentos).

Ao entrarmos no serviço de Pediatria somos confrontados com um ambiente muito diferente daquele que o nosso imaginário coletivo tem de um ambiente hospitalar. Acolhe-nos num espaço que nos remete para o “mar” (temática escolhida para fio condutor), nas paredes amareladas encontramos as areias da praia, com as suas rochas e caranguejos, no chão azul “saltam” golfinhos e peixes. Nas paredes existem quadros que nos permitem viajar, exibindo o mapa mundo e representada a diversidade animal existente. A decoração, adequada e direcionada as crianças, estende-se aos quartos, sala de tratamentos e às duas salas de atividades existentes, local onde é disponibilizando o espaço, os recursos e oportunidades para as crianças de se envolverem com outras crianças, lidarem com o processo de doença/hospitalização e se divertirem.

Durante todo o período de internamento a criança pode ser ter dois acompanhantes, sendo que no período noturno apenas pode permanecer um, sendo disponibilizado um cadeirão junto da criança para o acompanhante pernoitar. Todas as pessoas significativas para crianças são bem-vindas a visitá-la em dois períodos do dia destinados a visitas.

A equipa de saúde é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos e educadora de infância. Ao que à equipa de enfermagem diz respeito, a prestação de cuidados é orientada no método individual de trabalho, o qual é promotor da construção de uma relação enfermeiro/criança/família de proximidade.

Num respeito sincero demonstrado pelos pressupostos da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008), de oferecer às crianças um ambiente adequado às suas necessidades físicas, emocionais e educativas, o serviço de Internamento de Pediatria e a conduta dos seus profissionais indica a sua consciência de que, apesar da hospitalização para a criança e família ser potencialmente perturbador e com consequências negativas, existe a possibilidade de encarar este acontecimento de vida como uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento, acreditando ser possível ajudar a lidar com o sofrimento de forma saudável e com repercussões positivas em futuras em experiências nos cuidados de saúde (Diogo, 2015).

4. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O contexto clínico de Urgência Pediátrica apresenta-se como um Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP), constituindo-se como o atendimento de nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário através do INEM, SNS24 ou referenciadas dos cuidados de saúde primários ou da rede hospitalar periférica. Integrado num Centro Hospitalar de Lisboa tem ao dispor das crianças/famílias a globalidade das especialidades médico-cirúrgicas.

O serviço encontra-se no piso 0, sendo constituído pelos seguintes espaços: duas salas de espera A e B, três postos de triagem, sala de reanimação, sala para realização de procedimentos enfermagem, sala para administração de aerossóis, gabinetes de observação médica, sala de espera interior, serviço de observação (SO) com lotação de 5 camas, sala de reuniões, sala para pequena cirurgia.

Remodelado há três anos, a intervenção no espaço físico e na decoração do serviço de Urgência Pediátrica demonstram o compromisso da equipa de saúde no estabelecimento de um sistema de atendimento humanizado, com a construção de um ambiente seguro e afetuoso (Diogo, 2015). Desde a sala de espera, aos gabinetes de observação médica, às salas de tratamentos, as pinturas com figuras do imaginário infantil e o colorido dos materiais percorre todos estes espaços. Nas salas de espera, e atendendo ao maior tempo de permanência nelas de crianças/família, podemos encontrar espaços dedicados à brincadeira, com mesas e cadeiras coloridas, “casinhas de brincar” e televisor a transmitir desenhos animados. Estão disponíveis para as famílias cartazes de divulgação de informações de saúde, máquina de venda automática de bebidas/alimentos e monitor indicativo de tempos de espera.

Os familiares podem acompanhar permanentemente a criança durante o período que permanecer no serviço de urgência, sendo que no SO, caso haja a necessidade de pernoitar, existe à disposição dos pais/acompanhantes um cadeirão para ficarem junto da criança.

Quanto à equipa de enfermagem, revela-se uma equipa jovem, a investir no seu desenvolvimento profissional com vários elementos a frequentar cursos de pós-graduação, mestrado ou especialidade. Atualmente a equipa conta apenas com dois enfermeiros EESIP, mas contem vários elementos com formação noutras áreas de especialidade e com vários peritos na área de urgência pediátrica. Atendendo ao

contexto de urgência, o método de trabalho funcional é praticado, ficando os enfermeiros do turno alocados a um posto de trabalho.

Percebendo que a admissão a um serviço de urgência pode acarretar uma experiência fortemente perturbadora ou mesmo traumática (Hockenberry & Wilson, 2014), é notória a orientação dos cuidados prestados para uma disponibilidade para a criança e famílias de suporte, partilha de informação, colaboração e negociação, facilitando a participação dos pais/acompanhantes no cuidado à criança (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2017; Kuo *et al.*, 2012).

5. CENTRO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Este contexto clínico junta uma unidade da especialidade de Pedopsiquiatria da primeira infância e uma unidade de Desenvolvimento Infantil que, desde 2017, se encontram sediados numa estrutura única, num espaço físico comum (ala de um edifício hospitalar afeto às consultas), o qual pretende ser um centro de referência e de excelência no diagnóstico, intervenção terapêutica, formação e investigação, alicerçado numa visão multidisciplinar da equipa nas alterações de funcionamento e desenvolvimento do bebé e da criança pequena.

A referenciação para o Centro de Desenvolvimento pode ser feita pelos próprios pais (em casos de crianças até aos 3 anos), em caso de preocupação com o comportamento, relação ou desenvolvimento, alterações do padrão de sono ou dificuldades alimentares ou alterações da comunicação e/ou interação social, ou pelos médicos de família (em casos de crianças até aos 5 anos) nas quais se apurem estas alterações.

A receção da unidade é um espaço amplo, luminoso, com janelas enormes que nos envolvem no verde do exterior. Paredes e chão de um tom claro, o que nos dá ilusão de um espaço quase infinito. Para além do balcão onde se encontram os técnicos administrativos, os quais nos recebem de sorriso nos lábios e solicitude, o espaço de receção/acolhimento dispõe de um espaço, junto das janelas, para o exterior verdejante, com cadeiras e mesas de apoio e uma máquina de venda automática de bebidas/alimentos. Este espaço é muito utilizado como espaço de espera tranquilo para os pais enquanto aguardam a sessão individual das crianças. Diametralmente oposto a este espaço, temos um local destinado a criar um ambiente

adequado e confortável para as crianças, com mesas e cadeiras e material para pinturas, desenhos animados a passar num televisor e vários brinquedos, inclusive carrinhos e triciclos (sempre dentro das preferências das crianças). Duas portas dão acesso ao corredor que nos levam aos vários espaços de intervenção terapêutica. Este percurso é acompanhado quadros com crianças sorridentes, a brincar e pinturas alusivas a temáticas da saúde mental infantil.

Os gabinetes destinados a espaços de intervenção, logo à entrada, apresentam um ambiente espaçoso, iluminado pela luz solar e com múltiplas possibilidades de brinquedos. São ambientes acolhedores, convidativos, muito semelhantes ao espaço de brincadeira de uma casa ou de um infantário. Existe ainda um gabinete destinado à intervenção de psicomotricidade colorido e estimulante, com chão forrado de colchões, vários jogos em espuma, piscina de bolas e estruturas de realização de percursos.

Com uma equipa pluridisciplinar que engloba médicos de várias especialidades, enfermeiros especialistas ESIP, enfermeiros especialistas ESMP, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicóloga, professora do ensino especial e assistente social, aqui se desenvolve uma intervenção com uma visão integrada nos cuidados à criança. A equipa desenvolve avaliações e intervenção nas áreas do desenvolvimento, da linguagem, da motricidade e do perfil sensorial da criança, numa abordagem mais alargada em relação a estas, que se estende às suas famílias e aos contextos onde estas se inserem. A intervenção contempla sessões individuais ou em grupo, dirigidas às crianças, aos pais/familiares ou com foco na relação.

Em curso encontram-se vários projetos de suporte e promoção da parentalidade desenvolvidos pela equipa multidisciplinar como são exemplo: Projeto “babies talks” (encontros nas escolas com alunos do 12ºano), projeto “Oficinas para pais” (centrado nas dificuldades parentais com as várias etapas do desenvolvimento), projeto “O café das mães” (de suporte à maternidade nos primeiros momentos de vida do bebé, com intuito preventivo de diagnóstico e terapêutico num ambiente caloroso e informal).

Neste contexto também se encontra presente uma forte componente de partilha e formação, tanto interna, com reuniões multidisciplinares semanais com todos os elementos da equipa para na partilha de saberes, conhecimento do trabalho de todos e momentos de formação mais formais; como externa, com reuniões com educadoras de infância de temas sensíveis à primeira infância, e com as equipas locais de intervenção precoce.

Em toda a equipa é possível perceber o profundo comprometimento numa relação terapêutica com o bebé/criança/família e a valorização de uma atitude de suporte, apoio, investimento e colaboração, com a forte convicção de que a inclusão das famílias é sinónimo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Harrison, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto Lei nº. 188/2014 de 5 de agosto de 2014. *Diário da República I Série*, Nº.149 (05-08-2014) 4069-4071.

Decreto Lei nº. 298/2007 de 22 de agosto de 2007. *Diário da República I Série*, N.º 161 (22-08-2007) 5587 – 5596.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediátrica_um_Modelo_orientador_da_prática_2_versão_revista.

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. Doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª edição). (Vol 1 e 2) Loures: Lusociência.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. (4ª edição). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal Child Health*, 297-305.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.

Ribeiro, J. P., Gomes, G.C., Thofehrn, M. B. (2014). Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*, 48 (3), 530-539. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300020.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE V
– DIÁRIOS DE CAMPO: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
INFANTIL

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

**Diários de Campo
Crescimento e Desenvolvimento Infantil**

Ana Carolina Rito, N° 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
2019 - 2020**

Índice

Nota Introdutória.....	2
1. Consulta de Saúde Infantil – Avaliação do crescimento e desenvolvimento	4
2. Consulta de Enfermagem de seguimento terapêutico – Registo de interação	8
Referências Bibliográficas	12

NOTA INTRODUTÓRIA

Percebe-se, atualmente, que o desenvolvimento infantil se inicia *in útero*, sendo um processo contínuo, são nos anos iniciais do desenvolvimento humano que se estabelece a arquitetura básica e a função cerebral (McCain, Mustard e Shanker, 2007). O desenvolvimento cerebral não assenta apenas na carga genética de cada indivíduo, mas também nas interações deste com o meio circundante, sendo a neuroplasticidade nas questões da regulação emocional, comportamentos e habilidade vulnerável aos ambientes stressantes, também a chave de um desenvolvimento bem-sucedido com intervenções adequadas em períodos sensíveis da maturação (Shonkoff, 2011). Deste modo, o desenvolvimento humano apropriado depende, em grande parte, dos cuidados recebidos no período da infância, determinantes na construção das habilidades futuras, como relacionar-se e regular as suas emoções.

Podemos assim concluir que uma base sólida de majoração do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida aumenta a probabilidade de resultados positivos e uma base fraca aumenta as hipóteses de dificuldades posteriores (National Scientific Council on the Developing Child, 2007).

Esta nova atenção no âmbito do desenvolvimento infantil é espelhada nas alterações de 2013 ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil, com a alteração na cronologia das consultas referentes à *idade-chave* da vigilância, a adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde e o novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos (DGS, 2013). Identificando como aspetos prioritários a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a deteção e apoio às crianças com necessidades especiais, situação de risco ou especialmente vulneráveis e a capacitação parental, ao quais são determinantes na maximização do potencial de desenvolvimento de cada criança.

Inscrita na área de intervenção do enfermeiro EESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018 – competências específicas do EEESIP), a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e a deteção precoce de perturbações que possam afetar negativamente a vida e seu encaminhamento atempado, num trabalho em parceria com a criança e família, tem o seu foco na promoção do estado mais elevado estado de saúde da criança.

No percurso de aquisição de competências de Enfermeiro ESIP, e contribuindo para dar resposta ao objetivo de **desenvolver competências na prática de cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem**, a construção destes Diários de Campo teve como propósito a descrição da experiência e a sua análise crítica, com intuito reflexivo, organizador da experiência, de consolidação do conhecimento adquirido e de desenvolvimento de competências. Estes apresentam-se, assim, como um registo reflexivo de experiências, pessoais e/ou profissionais, o qual pode contribuir para a construção da identidade profissional, pela reflexão da ação profissional, revendo limites e desafios da mesma (Lewgoy e Arruda, 2004).

A escrita do primeiro Diário de Campo, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, permitiu o relato de uma experiência e sua reflexão de uma consulta de vigilância de saúde infantil. Teve como particular enfoque a questão da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, como momento de apreciação deste, de deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações passíveis de correção e de capacitação dos pais para a promoção do desenvolvimento adequado da criança.

Num segundo Diário de Campo elaborei, em contexto de Consulta de Seguimento de Enfermagem num Centro de Desenvolvimento Infantil, um registo de uma interação terapêutica dirigida à criança e família, sendo de relevo a valorização, nesta consulta, de uma atitude profissional de suporte, apoio, colaboração e capacitação parental.

1. CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL – AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Durante uma manhã em que estive com o enfermeiro orientador na consulta de saúde infantil, recorrendo ao programa informático de agendamento de consultas, o enfermeiro orientador e eu percebemos que a consulta seguinte seria de um menino de 2 anos, o Vasco (nome fictício), que viria à USF no sentido de dar continuidade à vigilância do crescimento e do desenvolvimento, cumprindo, deste modo, o pressuposto de observação regular em consultas de Saúde Infantil e Juvenil, com periodicidade estabelecida no PNSIJ (DGS, 2013).

Como enfermeiro de família (método adotado na USF), o enfermeiro orientador já conhecia a criança e família e, desse modo, nos momentos antes da receção à família, o enfermeiro orientador e eu fomos partilhando informações relevantes sobre a família. Acedemos, através do *Sclinico*, ao Registo de Saúde Eletrónico (RSE), percebendo o cumprimento do calendário vacinal de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2017) e procurando registo de ida à urgência hospitalar ou internamento, sem intercorrências registadas.

Posteriormente dirigi-me à sala de espera e chamei “Vasco”. O meu tom de voz ao chamar o nome Vasco, espontaneamente, foi mais suave e alegre, procurando ir ao encontro do menino de 2 anos, tendo o primeiro contacto com a criança e mãe um tom afetivo e caloroso. O menino, que estava num espaço com brinquedos, mesas e cadeiras coloridas destinado às crianças da USF, dirigiu-me o olhar e, logo de seguida, procurou o olhar protetor e esclarecedor da mãe. A mãe, de modo sereno, disse: “Vamos com a Sra. Enfermeira para saber quanto crescestes”. O Vasco veio ter com a mãe, que se levantou e lhe deu a mão. Nesse percurso entre a sala de espera e o gabinete de enfermagem, cumprimentei a mãe do Vasco, apresentei-me e pedi autorização para assistir à consulta, que me foi concedida.

Nesta altura o meu estágio estava já na sua última semana e a relação estabelecida com o enfermeiro orientador e com a restante equipa de enfermagem estava assente numa confiança e segurança em relação às minhas competências na prestação de cuidados. Deste modo, enquanto o enfermeiro abria o sistema informático para ter acesso aos dados do Vasco, abordei a mãe do Vasco sobre a sua dinâmica de crescimento e desenvolvimento, se entendia que o Vasco se estava a desenvolver bem, como estava no infantário, e em outros contextos sociais,

proporcionando, desta forma, espaço para o surgimento de alguma preocupação parental, familiar ou de outras pessoas da vida do Vasco em relação ao seu crescimento e desenvolvimento. A minha intervenção, alinhada com o reconhecimento dos pais e outros adultos de referência como principais prestadores de cuidados da criança, prendeu-se com a valorização da observação e das possíveis preocupações veiculadas pela mãe, sabendo que estas são fontes fulcrais de conhecimento do desenvolvimento da criança, pois advém de um ambiente onde a criança se expressa de forma espontânea e livremente.

A mãe do Vasco revelou-nos um menino simpático, bem-disposto, que no infantário participava nas atividades e até tinha um grupo de “amiguinhos” com quem gostava de brincar. De uma forma risonha, acrescentou que o Vasco também tinha “os seus momentos”, fazia algumas birras, principalmente quando não acediam aos seus desejos. Tendo sido colocada a problemática das birras pela mãe do Vasco, referi, de forma empática, que a afirmação da personalidade da criança pode ser realmente desafiante e exigente para os pais. A proposta é de reagir calmamente, entendendo estes momentos também como parte do desenvolvimento da criança e, em cada momento, entender qual a melhor estratégia a aplicar. Este comportamento é exetável neste estágio de desenvolvimento, que resvala entre a necessidade de autonomia/autocontrolo/exploração e a continuação da necessidade de afeto/amor/proteção (DGS, 2006).

Se no primeiro instante na entrada do gabinete de enfermagem o Vasco ficou sentado na cadeira ao lado da mãe, durante a nossa conversa adotou uma atitude de exploração do espaço, atento e interessado no ambiente, percorreu o gabinete, ficando cativado pelos brinquedos que lhe foram disponibilizados. Estes momentos de observação do Vasco numa movimentação livre e autónoma, em conjunto com a informação recolhida com a mãe, integram a avaliação do seu desenvolvimento, correspondendo a um elemento único de observação da criança sem que ela o percecionasse.

Embora de valor inquestionável, esta observação informal não substituiu a avaliação do desenvolvimento num momento formal e estruturado, com recurso à **escala de desenvolvimento infantil modificada de Mary Sheridan**, recomendada pelo o PNSIJ (DGS, 2013). Enquanto o enfermeiro foi buscar o material necessário para a aplicação da escala, fui explicando à mãe do Vasco que iríamos pedir ao Vasco para realizar algumas atividades, de forma lúdica e divertida, de modo a uma avaliação

do seu desenvolvimento. Coloquei uns cubos em cima da secretária, e a mãe chamou o Vasco para o seu colo: “Vasco fazemos fazer um jogo. Olha esta torre que eu vou construir (torre de 6 cubos). Experimenta agora tu.”

Propus deste modo a construção da torre, que o Vasco realizou de forma entusiasmada e com à vontade. Conseguiu, seguidamente, pegar corretamente no lápis e desenhar um círculo sem dificuldade. A mãe assistia a todas estas interações silenciosamente, mas quando mostrei o livro ao Vasco e ele começou a folhear o livro página por página e a nomear e imitar o som de alguns animais ilustrados, a mãe abraçou-o, verbalizando: “Eu nem imaginava que já sabias tanta coisa, e que já conseguias fazer tanto sozinho. Vamos ler muitas mais histórias em casa, e brincar”.

Foi um momento revelador de que a avaliação do desenvolvimento infantil também possui este lado de tomada de consciência, para os pais, das competências dos filhos podendo ser fulcral no seu envolvimento em atividades promotoras do desenvolvimento infantil. Tal como nos é relatado no PNSIJ, os testes de rastreio do desenvolvimento infantil podem, para além de usados como “padrão de referência da normalidade” e direcionar a intervenção para este território da Saúde Infantil, ser a oportunidade de os pais colocarem as suas dúvidas e serem elementos ativos na promoção do desenvolvimento dos seus filhos (DGS, 2013).

Neste ponto da consulta, e sensível à carga emocional e afetiva que envolvia o momento, percebi que seria o momento ideal para expor outras propostas de atividades adequadas à fase de desenvolvimento (DGS, 2013; OE, 2010). Os profissionais de saúde podem ter, assim, um papel determinante na capacidade de os pais/família entenderem o processo de desenvolvimento da criança e dar uma resposta adequada às suas necessidades, desenvolvendo atividades promotoras de uma parentalidade positiva e da estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança.

Questionei a mãe sobre outras atividades relacionadas com alimentar-se, vestir/despir, linguagem e controlo de esfíncteres. A mãe revelou e percebeu que o Vasco já as tinha adquirido, muitas delas pelo seu treino e aprendizagem no Infantário. “Agora vou estar mais atenta a todas estas conquistas do Vasco e vou perguntar no Infantário quais são as atividades que estão a ser desenvolvidas!” disse a mãe olhando enternecida para o Vasco.

Com o Vasco já confortável com o espaço e com a nossa presença, foi de modo descontraído e divertido que fiz a quantificação do peso do Vaso e do comprimento

(recomendação de medição até aos 2anos (DGS, 2013; INSA, 2011), “tirámos a medida para o chapéu” (medição do perímetro cefálico (INSA, 2011) – recomendação de medição até aos 2 anos (DGS, 2013) e até “fizemos uma boca grande, grande de leão” (verificação do estado dentário).

No final da consulta de enfermagem, a mãe referiu que o Vasco sempre foi “uma criança que comeu muito bem”, mas que agora notava que era preciso insistir mais para ele comer e tinha receio que não estivesse a ingerir a quantidade necessário para o seu desenvolvimento. Valorizando a sua preocupação, esclareci que o padrão observado é expetável, podendo ser enquadrado numa “anorexia fisiológica” característica do padrão de crescimento do 2º ano de vida da criança, devendo haver respeito pelo apetite demonstrado pela criança e apostando na variedade e qualidade nutricional dos alimentos oferecidos. Referi que os alimentos açucarados e processo devem ser restringidos, alertando ainda para que os hábitos alimentares e os comportamentos estabelecidos nestas idades tendem a ser determinantes para as escolhas futuras (DGS, 2019).

Antes do momento da despedida, entreguei o folheto de divulgação da sessão “Acidentes Infantis dos 0 aos 6 anos – Como prevenir” e estendi o convite a outros membros da família, ressaltando a importância da temática na fase de exploração que o Vasco atravessa.

Após os procedimentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento do Vasco, registei todos os dados no sistema informático e no Boletim Individual de Saúde, em local apropriado e localizando, também, nas curvas de crescimento da OMS (DGS, 2013).

A despedida foi calorosa, com um “Dá cá mais cinco, Vasco” e um piscar de olho. O enfermeiro, eu e a mãe do Vasco despedimo-nos com um sorriso rasgado e em clara sintonia da relação de cumplicidade e empatia construída.

2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SEGUIMENTO TERAPÊUTICO – REGISTO DE INTERAÇÃO

Consulta de seguimento da Diana (nome fictício), menina de 4 anos, com atraso global do desenvolvimento (atraso na linguagem e nas competências sociais). A Diana chegou pela primeira vez à consulta com dois anos por preocupação dos pais por atraso na linguagem.

Para dar início à consulta a enfermeira dirigiu-se à sala de espera, onde de forma afetuosa se dirigiu à mãe da Diana para a cumprimentar e perguntou como estava a menina. Ambas olharam para esta, que estava a brincar na sala. A mãe disse que estava bem e partilhou que já conseguia perceber algumas evoluções.

A enfermeira, utilizando um tom de voz suavemente firme, chamou a Diana e com um toque afetuoso pegou-lhe na mão para a encaminhar para a sala onde iria decorrer a consulta. Na primeira parte da consulta iria ser feita uma avaliação/intervenção só com a criança e, posteriormente, seria chamada a mãe para um momento de conversa e partilha com a enfermeira.

A Diana apresentava aspeto pouco cuidado, roupa com algumas nódoas, cabelo despenteado e apresentava uma visível rinorreia purulenta. À chegada à sala da sessão a enfermeira percebeu, também, que a menina tinha a fralda com necessidade de ser mudada e regressando à sala de espera pediu à mãe a mudasse.

No regresso à sala de sessão, a Diana rapidamente procurou brinquedos nos cestos e caixas disponíveis e começou solitariamente a manipulá-los sem que fosse perceptível a construção de uma brincadeira com intencionalidade. A enfermeira sentou-se no chão e procurou iniciar interação perguntando: “Como o que é que vamos brincar hoje? Deixa-me ver o que encontro nestas gavetas. Diana vem cá procurar comigo.” A menina não dirigiu o olhar e permaneceu a mexer nos brinquedos que tinha selecionado.

A enfermeira começou a tocar pandeireta, estímulo sonoro mais forte, e a cantar; a Diana dirigiu o olhar e aproximou-se para perceber que objeto era, esboçou um pequeno sorriso. Mas este interesse durou pouco tempo e rapidamente procurou outros brinquedos nas caixas. Com a Diana interessada na exploração das caixas, a enfermeira começou-lhe a fazer “festinhas” nas costas, descendo, gentilmente, pelas pernas (intencionalidade de propor estímulo táctil) e, cantarolando, foi-lhe tirando os sapatos. Primeiramente a Diana reagiu resmungando, vocalizando sons de

desagrado, mas a enfermeira foi massajando as pernas com pressão superficial, retirando os sapatos, massajou-lhe os pés.

A Diana ficou de pé, com os pés assentes no chão e a enfermeira, cantando ou fazendo vocalizações de afeto, continuou a massajá-la nos pés, pernas e costas. Quando sentiu a menina tranquila com este toque, puxou-a para si, de modo a sentá-la no seu colo e abraçá-la. Este abraço foi tolerado pela Diana durante algum tempo, tentando posteriormente afastar-se e colocar-se de novo de pé.

A enfermeira colocou na sua mão uma luva em forma de cobra, com a sua boca a abrir e fechar (aproximação e afastamento), neste gesto começou a fazer cócegas na região lombar da Diana, conjuntamente com vocalizações encenando uma cobra. A Diana, inicialmente, não mostrou interesse, mas na terceira abordagem, contorceu o corpo, olhou para a enfermeira e esboçou uma pequena gargalhada.

Levantando a cabeça e buscando no espaço o sítio onde a enfermeira tinha guardado uns bonequinhos de pequenas dimensões, a Diana dirigiu-se a um módulo de gavetas atrás da secretária, e a enfermeira perguntou: “O que procuras? São aqueles cães pequeninos”. A Diana abriu a primeira gaveta, e com a ajuda da enfermeira retirou uma caixa de cartão onde estavam os pequenos brinquedos. Estes tornaram-se o centro da sua atenção, levando-os na mão sempre que se deslocava na sala. A enfermeira iniciou um jogo com estes “cães pequeninos”, colocando-os numa casa de brincar e fazendo-os cair para o chão. A Diana entendeu o jogo e na segunda repetição deu à enfermeira um cão para colocar na casa e depois fê-lo cair (imitação e esboço de jogo simbólico).

No fim da sessão a enfermeira foi buscar a mãe à sala de espera. Quando a mãe entrou na sala da sessão onde se encontrava a menina, esta dirigiu o olhar e sorriu para a mãe e dirigiu-se à mãe para lhe dar um abraço. Logo de seguida foi buscar os “pequenos cães” para perto da mãe.

A mãe da Diana partilhou que estava a tentar deixar de amamentar, que estava a ser um processo que a Diana ainda pedia, que a tentava distrair, mas que para adormecer ou acalmar numa birra era mais difícil e que por vezes utilizava a amamentação como medida de consolo. A enfermeira reforçou que esta situação era mesmo um processo e que nem sempre era regular, mas que as evoluções notórias nas questões do relacionamento social e de comunicação da Diana também seriam um passo em frente neste processo.

A mãe da Diana partilhou, ainda, a ida à quinta dos avós no fim-de-semana e que repetiram muitas vezes os sons dos animais. A Diana mostrou-se interessada e vocalizou alguns sons.

Apesar de partilhar experiências que mostram evoluções e novas aquisições da filha, o tom de voz da mãe da Diana foi sempre grave, baixo e sem sinal de entusiasmo.

No momento de terminar a sessão a mãe chamou a Diana, e com um toque subtil fê-la sentar ao seu colo para lhe calçar os sapatos, não verbalizando nada como aviso antecipatório do que iria fazer a Diana (por ex.: Anda filha para te calçar os sapatos). A Diana demonstrou colaboração, sem sinal de rejeição, sendo um momento muito tranquilo.

No fim a enfermeira pediu à Diana que arrumasse os cães de volta na caixa, procedimento que foi realizado sem dificuldade.

Apesar da visível a rinorreia purulenta da Diana e de esta ser um tema abordado pela enfermeira, a mãe não mostrou qualquer movimento ou iniciativa de realizar a higiene do nariz da menina. A Diana saiu da sala de mão dada com a mãe, sem se despedir ou olhar para trás.

No final da consulta de enfermagem de seguimento, elaborei o registo de enfermagem de interação, o qual foi a base de análise, conjuntamente com a enfermeira orientadora, dos pontos chave de alerta para a avaliação do desenvolvimento psicomotor, quer na para a observação da criança como o evitamento/proximidade excessiva, manutenção ou não do contacto visual, evitamento, aparência geral, humor, linguagem, capacidade de manter atenção, movimentos anómalos, quer na interação pais/criança e na qualidade de vínculos existentes na relação (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

Foi, também resultado desta reflexão conjunta, que tomei consciência que muitas das crianças aqui seguidas advêm de uma referenciação dos próprios pais, por preocupações suas em relação ao desenvolvimento da criança, tal como foi o caso da Diana. Esta possibilidade de referenciação a este Centro de Desenvolvimento advoga uma cultura de valorização das suspeitas e preocupações dos pais e familiares, reconhecendo-os como principais cuidadores das crianças e conhecedoras da criança no seu ambiente habitual, permitindo a criação de um espaço que acolhimento e à-vontade para que os pais formulem as suas dúvidas, questões e expressão de sentimentos. Recomenda o PNSIJ, relativamente à avaliação do

desenvolvimento infantil, que é impreterível proporcionar aos pais a oportunidade de expressar as suas suspeitas, preocupações ou observações (DGS, 2013), resultando estas de um acompanhamento muito mais prolongado da criança e de um contexto onde esta se expressa em total à-vontade.

O risco de uma não atenção, pelos profissionais de saúde que realizam a vigilância do crescimento e desenvolvimento, às apreensões e questões parentais e conjunto com uma avaliação do desenvolvimento estruturada, pode resultar num retardamento na identificação e referenciação destas crianças e, conseqüentemente, no início de uma intervenção terapêutica, tal como pude constatar na situação da Diana.

A mãe da Diana, antes de se dirigir ao Centro de Desenvolvimento, já tinha referido a outros profissionais as suas inquietações, sempre justificadas pela aquisição de competências numa determinada idade não ser taxativa, e, na perceção da mãe, nunca ouvindo realmente as suas observações e argumentos. Na chegada a este serviço, a parceria estabelecida entre os prestadores de cuidados e a família foi elemento fulcral a promoção do bem-estar e da satisfação da família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (IPFCC, 2017). Para além de uma escuta cuidada, atenta e empática, de um espaço propício para a exposição das suas preocupações, a mãe da Diana encontrou uma intervenção focada nas suas necessidades, centrando-se no acréscimo de competências parentais/familiares, no sentido de a ajudar a lidar com a situação que tem acarretado vivências emocionais de angústia e preocupação e consagrando o respeito e dever de proporcionar à criança as condições mais favorecedoras do seu desenvolvimento global, reconhecendo a família/cuidadores diretos como os principais promotores da desenvolvimento infantil (OE, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2019). *Alimentação Saudável dos 0 anos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>.

Direção-Geral da Saúde (2017) *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started*. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2011) *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/AlimentacaoNutricao/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.pdf>.

Lewgoy, A. M. B.; Arruda, M. P. (2004). Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. *Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social*, 2, 115-130.

McCain MN, Mustard JF, Shanker S. (2007). *Early years study 2: Putting science into action* Toronto, ON: Council for Early Child Development. Disponível em: http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/early_years_study_2.pdf.

National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Science of Early Childhood Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do*. Center on the Developing Child: Harvard University. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/resources/the-science-of-early-childhood-development-closing-the-gap-between-what-we-know-and-what-we-do/>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Série I) Volume 1: Número 1. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratika_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série II (N.º 133 de 12-08- 2018). 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?!=1>.

Shonkoff, J.P. (2011). Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*, 333,928-3. doi: 10.1126/science.1206014. PMID: 21852492.

APÊNDICE VI

- *DOSSIER* TEMÁTICO -

“Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença”

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

Dossier Temático

**Gestão da emocionalidade da família que acompanha a
criança nos processos saúde-doença**

Ana Carolina Rito, Nº 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA

2020

ÍNDICE

Nota introdutória.....	2
1. Resumo dos artigos	3
2. Livros para consulta	9
Referências Bibliográficas	13

NOTA INTRODUTÓRIA

Cuidar em enfermagem assenta numa relação interpessoal e, mais ainda, transpessoal (Watson, 2002, 2012), na qual a gestão do fluxo emocional é essencial nas interações terapêuticas, revelando-se como uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo Outro e, ao mesmo tempo, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo, 2019).

A experiência emocional da família que acompanham a criança releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais, assumindo o potencial terapêutico que o trabalho emocional em enfermagem pediátrica tem, quer como ganho em saúde objetivo, quer como determinante da gestão emocional da própria criança. Deste modo, torna-se imperioso a valorização de uma perspetiva transacional da influência, entre família e criança, do impacto emocional intrínseco aos processos saúde-doença (Barros, 2003). E, tal como as crianças têm direito a ser acompanhadas pelos seus pais, estes também devem beneficiar de apoio visando a mobilização de estratégias adaptativas face a uma situação potencialmente perturbadora para toda a família, como a doença e a hospitalização (Barros, 2003).

Neste sentido, o **Dossier Temático**: “Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença”, apresenta-se como uma coletânea de documentos elementares para a compreensão da temática, justificando a sua pertinência e a aplicabilidade das intervenções associadas à gestão emocional da família em diferentes contextos de prestação de cuidados ao cliente pediátrico. Emergindo a intrínseca tripla centralidade do Trabalho Emocional Em Enfermagem Pediátrica (gestão da emocionalidade dos clientes, na regulação da disposição emocional para cuidar, relação enfermeiro-cliente), pretende-se, também, explanar o seu potencial terapêutico e dar visibilidade aos ganhos em saúde gerados.

1. RESUMO DOS ARTIGOS

Título do Artigo:	<i>Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients</i>
Autores:	Wendi Smith
Data:	2018
Referência Bibliográfica:	Smith W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 42, 57-64. Doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.014.
Resumo:	<p>Tendo como objetivo uma análise profunda do conceito do Cuidado Centrado na Família em Enfermagem Pediátrica, a autora pretende promover a sua integração na prática, validando o seu significado quer para a prática, quer para a investigação em enfermagem. Esta análise fundou-se numa revisão sistemática da literatura, através da metodologia de análise de conteúdo, esclarecendo os seus componentes e atributos essenciais.</p> <p>A autora concluiu que uma implementação bem-sucedida do Cuidado Centrado na Família tem potencial para beneficiar clientes, familiares e enfermeiros. O esclarecimento do conceito tem potencial para aumentar o conhecimento dos enfermeiros, auxiliando a integração dos seus princípios na prática de enfermagem.</p> <p>Uma atmosfera de respeito mútuo, comunicação aberta, colaboração e foco na relação enfermeiro-família é vital para a construção da confiança, reduzindo os <i>stressores</i> familiares, melhorando a experiência de criança e família e apoiando o desenvolvimento de uma nova dinâmica familiar.</p>

Título do Artigo:	Família, Saúde e Doença: A Intervenção Dirigida aos Pais
Autores:	Luísa Barros
Data:	2010
Referência Bibliográfica:	Barros, L. (2010). Família, saúde e doença intervenção dirigida aos pais. <i>Alicerces</i> , III (3), 207-221. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.21/768 .
Resumo:	<p>Fundamentada num caminho percorrido no campo da investigação e da formação de profissionais de saúde, a autora propõe a reflexão sobre a influência da família na saúde e doença, enquadrada nos modelos teóricos atuais e robustos, permitindo alcançar formas de intervenção pragmáticas e eficazes.</p> <p>Na constatação das atitudes e significações parentais como determinante de proteção ou risco da adaptação da criança, especialmente pertinente nas situações de doença, a intervenção junto da família pode mudar ou transformar a experiência de doença, a adaptação às limitações e a adesão a tratamentos. A compreensão, por partes dos profissionais de saúde, da singularidade e subjetividade da vivência de cada família, coopera com um maior respeito pela diversidade das atitudes parentais, assim como pela seleção de metodologias de intervenção mais eficazes de responsabilização e autonomia dos pais enquanto edificadores da saúde dos filhos.</p> <p>São propostas metodologias de intervenção (escuta ativa, empática, inquirição reflexiva, informação e gestão de atividades e interações), as quais têm de ser aprendidas e treinadas. O profissional, além da sua atenção à família, deve observar-se a si mesmo como elemento facilitador da interação familiar, fundando a sua intervenção com a família na aplicação de metodologias simples e eficazes, numa valorização da vivência positiva, minimizando o sofrimento face a situações de doença e disfunção.</p>

Título do Artigo:	Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)
Autores:	Paula Diogo
Data:	2019
Referência Bibliográfica:	Diogo, P. (2019). <i>Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)</i> (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_a_2_versao_revista .
Resumo:	<p>Consciente da emocionalidade intensa intrínseca aos processos saúde-doença experienciados por crianças e suas famílias e na exigência do trabalho emocional para os enfermeiros na sua prestação de cuidados, a autora apresenta-nos o seu Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP). Modelo este que, emergindo de um trabalho de investigação fundado na prática de cuidados e de abordagem indutiva, se apresenta como uma orientação, fortalecendo a prática de cuidados e assomando a intencionalidade terapêutica no sentido da gestão da emocionalidade associada às situações de cuidados no contexto pediátrico.</p> <p>O Modelo TEEP é-nos apresentado segundo os pressupostos teóricos e evidência que o sustentam, os seus conceitos centrais, componentes estruturantes e ainda a sua aplicabilidade e estratégias de implementação.</p> <p>O Modelo TEEP surge assim como uma orientação estruturante, tanto do ponto de vista da conceção como da operacionalização do Trabalho Emocional em Enfermagem.</p>

Título do Artigo:	A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica
Autores:	Louise Lisboa de Oliveira Villa; Josielson Costa da Silva; Fabiana Rodrigues Costa; Climene Laura Camargo
Data:	2017
Referência Bibliográfica:	Villa, L.L.O., Silva, J.C., Costa, F.R., Camargo, C.L. (2017). The perception of the companion of the humanized care in a pediatric intensive care unit. <i>Rev Fund Care Online</i> , 9 (1), 187-192. Doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.187-192.
Resumo:	<p>Os autores, através de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, propõem-se a compreender a percepção do acompanhante da criança sobre o significado de um cuidado humanizado, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.</p> <p>Entendendo a hospitalização da criança como um momento de delicado para toda a família, os autores advogam que um cuidar humanizado desperta sentimentos de compaixão, solidariedade e ajuda, tendo como foco o bem-estar do cliente, a sua integridade moral e dignidade.</p> <p>Dos resultados deste estudo, foi perceptível que os acompanhantes da criança associam o conceito de humanização a atenção, cuidado, preocupação e envolvimento afetivo com os clientes, envolvendo ações de dar carinho, respeitar e compreender a situação da criança, as quais estão na base de uma aliança entre os recursos técnicos e o atendimento humanizado.</p> <p>Estratégias como a escuta, a comunicação verbal e não verbal, a partilha honesta de informação entre a equipa de saúde e a criança/família, são enfatizadas pelos acompanhantes como elementos de um cuidado humanizado.</p>

Título do Artigo:	A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro
Autores:	José Manuel da Silva Vilelas, Dora Toledo, Liliana Campos, Ana Fernandes
Data:	2014
Referência Bibliográfica:	Vilelas, J., Campos, L., Toledo, D., & Fernandes, A. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. <i>Pensar Enfermagem</i> , 18 (2), 45-60. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf .
Resumo:	<p>O nascimento de um bebé prematuro acarreta desafios únicos para os seus pais, podendo também traduzir-se numa oportunidade de crescimento e desenvolvimentos. Revestido de uma emocionalidade intensa, cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais, exige ao enfermeiro uma gestão das emoções quer dos próprios pais, quer das suas próprias emoções.</p> <p>O artigo apresenta uma Revisão Sistemática da Literatura, tendo como questão: <i>Como é que os enfermeiros de unidades de neonatologia no ato de cuidar do prematuro e de seus pais gerem a emocionalidade?</i></p> <p>As intervenções de enfermagem de gestão da emocionalidade afloradas enquadram-se nas seguintes categorias: <i>Facilitar a expressão dos sentimentos dos parentais; Comunicar de forma eficaz e eficiente com os pais; Facilitar o processo de Vinculação; Promover a aquisição e desenvolvimento de competências parentais.</i></p> <p>Os autores apresentam os resultados encontrados como um reforço às teorias vigentes da experiência emocional no ato de cuidar e às intervenções de enfermagem, de grande impacto na vida das famílias, mas muitas vezes subvalorizadas.</p>

Título do Artigo:	Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach
Autores:	Julia Pety, Joy Jarvis, Rebebcca Thomas
Data:	2019
Referência Bibliográfica:	Pety, J., Jarvis, J., Thomas, R. (2019). Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 28, 1911-1924. Doi: 10.1111/jocn.14807.
Resumo:	<p>Num estudo qualitativo, de análise das narrativas das experiências emocionais de pais de recém-nascidos prematuros, destaca a relevância do cuidado emocional como uma necessidade.</p> <p>A hospitalização do filho numa unidade de cuidados ao recém-nascido prematuro foi associada a experiências emocionais negativas (angústia, preocupação, ansiedade), mas também positivas, referentes à capacidade de enfrentamento e resiliência emocional.</p> <p>Os pais expressaram emoções mistas na trajetória percorrida, numa constante gestão emocional, onde experiências negativas foram equilibradas com experiências positivas. Se, por um lado, a aparência do bebé é encarada como desafiante perante as expetativas de como deve ser um recém-nascido, um ambiente que incentive a proximidade (física e emocional) e onde as emoções dos pais são individualmente apoiadas e as suas jornadas emocionais valorizadas e reconhecidas, contribui para uma experiência emocionalmente positiva.</p> <p>Contudo, é fortemente destacado o papel único da equipa de saúde no fornecimento deste suporte emocional, ajudando os pais a lidar com os seus desafios emocionais, possibilitando o empoderamento dos pais e garantindo, também, um ambiente propício para uma participação apoiada nos cuidados ao recém-nascido e de promotor da vinculação.</p>

2. LIVROS PARA CONSULTA

Título:	Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar
Autor:	Paula Diogo
Data:	2015
Referência Bibliográfica:	Diogo, P. (2015). <i>Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar</i> (2ª edição). Loures: Lusodidacta.
Resumo:	<p>No âmbito do processo de doutoramento da autora, este livro apresenta-nos um trabalho de investigação de natureza indutiva que visa a compreensão e analisar das emoções no processo de cuidar em Enfermagem Pediátrica.</p> <p>Tendo como ponto de partida a pergunta: “<i>Como é que os enfermeiros usam as emoções enquanto instrumento terapêutico em enfermagem pediátrica?</i>”, o estudo revelou uma hipótese explicativa do processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros, num contexto de internamento de pediatria, de acordo com a experiência dos próprios enfermeiros e também na perspetiva dos clientes, brotando, assim, o conceito de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar.</p> <p>Da prática de cuidados dos enfermeiros participantes emergiram cinco categorias major: <i>Promover um ambiente seguro e afetuoso; Nutrir os cuidados com afeto; Gerir as emoções dos clientes; Construir a estabilidade na relação; Regular a disposição emocional para cuidar</i>, indicando que os enfermeiros utilizam as emoções com uma intencionalidade terapêutica, no sentido de influenciar positivamente a experiência de doença e hospitalização dos clientes e incrementar o seu bem-estar.</p>

Título:	Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem
Autor:	Paula Diogo (coord.)
Data:	2017
Referência Bibliográfica:	Diogo, P. (2017) (coord.). <i>Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem</i> . Loures: Lusodidacta.
Resumo:	<p>Inscrito na Linha de Investigação “Emoções em Saúde”, da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o livro conduz-nos ao longo de uma série de projetos de investigação, numa variedade de métodos e em diferentes contextos clínicos pediátricos, que se estendem desde do internamento de pediatria, à urgência pediátrica, infecciologia pediátrica e cuidados intensivos pediátricos (contexto hospitalar) e ao centro de saúde/saúde escolar (contexto comunitário).</p> <p>Com enfoque no potencial terapêutico do trabalho emocional em Enfermagem Pediátrica, a investigação apresentada pretende a clarificação do conceito, explicitação do seu potencial terapêutico e identificação de intervenções e de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem nos diferentes contextos implicados.</p>

Título:	Psicologia Pediátrica Perspectiva desenvolvimentista
Autor:	Luísa Barros
Data:	2003
Referência Bibliográfica:	Barros, L. (2003). <i>Psicologia Pediátrica Perspectiva desenvolvimentista</i> (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
Resumo:	<p>Alinhado com o paradigma holístico e humanista, considerando o ser humano na sua complexidade e totalidade, interna e externa, individual e social, a autora apresenta-nos a Psicologia Pediátrica como uma especialidade inovadora, criativa e essencial como área de intervenção integrante de serviços de saúde eficazes e de qualidade.</p> <p>Este trabalho, com foco numa comunicação centrada na dimensão subjetiva das experiências de saúde e doença, revela o produto de uma aprendizagem profissional e pessoal conferida e enriquecida pelos diversos contextos de contacto da autora, uma reflexão e um estímulo à formação e à investigação.</p>

Título:	Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem
Autor:	Jean Watson
Data:	2002
Referência Bibliográfica:	Watson, J. (2002). <i>Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem</i> . Loures: Lusociência.
Resumo:	<p>Este livro apresenta a conceptualização da Teoria do Cuidar Humano. Num respeito humanista do ser humano como um todo unificado e significativo, Watson advoga para a Enfermagem um processo de Cuidar indivíduos, famílias e grupos como base para a profissão, quer pelas transações dinâmicas de humano-para-humano, quer pelos conhecimentos adquiridos, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro.</p> <p>Neste sentido, para Watson, o Cuidar é percecionado como ideal moral para a Enfermagem, assente numa relação transpessoal e numa máxima preocupação pela preservação da humanidade, dignidade e plenitude do Eu. Num fluxo intersubjetivo entre o enfermeiro e o utente, a arte do Cuidar Transpessoal de Watson mostra-se como um meio de comunicação e de libertação de sentimentos humanos, no sentido de uma harmonia de mente, corpo e alma do indivíduo.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista

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

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE VII

– POSTER

***“CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: GESTÃO DA EMOCIONALIDADE DA
FAMÍLIA QUE ACOMPANHA A CRIANÇA NOS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA”***

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

POSTER

**Cuidar em enfermagem pediátrica: Gestão da
emocionalidade da família que acompanha a criança
nos processos saúde-doença**

Ana Carolina Rito, N° 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
Março 2020**

ÍNDICE

1. Resumo do Poster	2
2. Poster.....	3
Referências Bibliográficas	4

1. RESUMO DO POSTER

Cuidar em enfermagem pediátrica: Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença

Rito, Ana Carolina

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira na Unidade de Cirurgia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia – CHULC

ana.carolina.rito@gmail.com

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Relações Interpessoais, Enfermagem Pediátrica, Emoções, Família.

Cuidar em enfermagem assenta numa relação interpessoal e, mais ainda, transpessoal (Watson, 2012), na qual a gestão do fluxo emocional é essencial nas interações terapêuticas, revelando-se como uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo Outro e, ao mesmo tempo, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo, 2019).

No contexto de enfermagem pediátrica torna-se imperioso a valorização de uma perspetiva transacional da influência do impacto emocional intrínseco aos processos saúde-doença (Barros, 2003). E, tal como as crianças têm direito a ser acompanhadas pelos seus pais, estes também devem beneficiar de apoio, visando a mobilização de estratégias adaptativas em face à situação potencialmente perturbadora para toda a família (Barros, 2003).

Através de uma prática reflexiva (Schön, 1992) e de uma aprendizagem experiencial (Kolb, 1984), com recurso à elaboração de jornais de aprendizagem segundo o modelo reflexivo de Gibbs, pretende-se explicitar o potencial terapêutico do trabalho emocional, identificar as intervenções de enfermagem que o incorporam e dar visibilidade aos ganhos em saúde gerados.

O **trabalho emocional em enfermagem pediátrica** apresenta uma tripla centralidade (Diogo, 2019), na gestão da emocionalidade dos clientes, na regulação da disposição emocional para cuidar (gestão das emoções dos próprios enfermeiros) e na relação enfermeiro-cliente. Das suas cinco categorias de intervenção salientamos: **promover um ambiente seguro e afetuoso, construir a estabilidade na relação, nutrir os cuidados com afeto e facilitar a gestão das emoções dos clientes**, (Diogo, 2019) como promotoras da gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença. Embora esta categorização permita a análise e compreensão em detalhe do fenómeno, não nos podemos esquecer que “a realidade revela-se “um todo” embrincado, dinâmico e simultâneo” (Diogo, 2015, pág. 171).

A experiência emocional da família que acompanha a criança releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais, assumindo o potencial terapêutico que o trabalho emocional em enfermagem pediátrica tem, quer como ganho em saúde objetivo, quer como determinante da gestão emocional da própria criança.

2. POSTER



Cuidar em enfermagem pediátrica: Gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença



Ana Carolina Rito, RN

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

INTRODUÇÃO

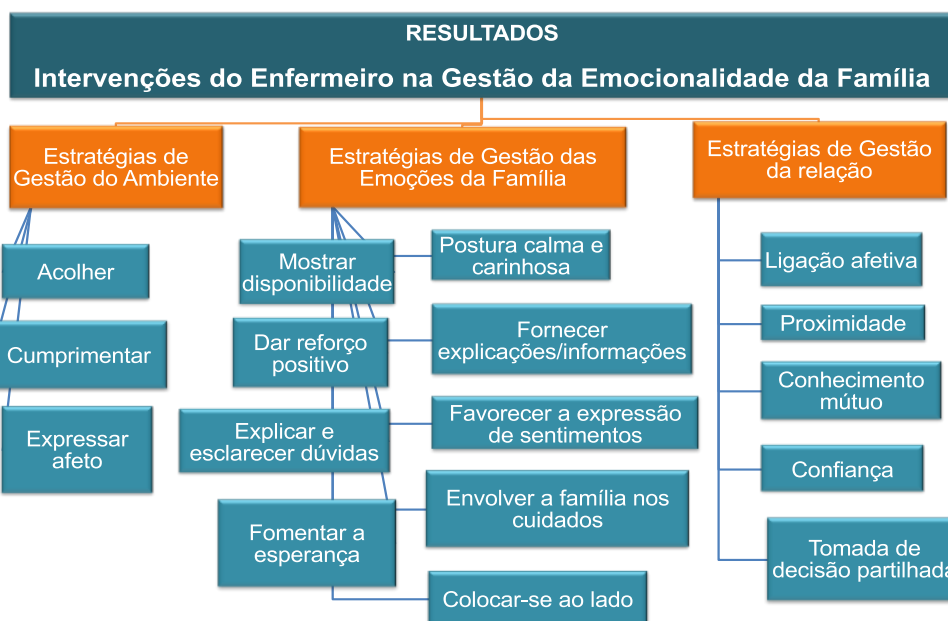
Cuidar em enfermagem assenta numa relação interpessoal, e mais ainda, transpessoal (Watson, 2012) na qual a gestão do fluxo emocional é essencial nas interações terapêuticas, revelando-se como uma dimensão da prática dos enfermeiros (Diogo, 2019). No contexto de enfermagem pediátrica é imperiosa uma valorização de que tal como as crianças têm direito a ser acompanhadas pelos seus pais, estes também devem beneficiar de apoio visando a mobilização de estratégias adaptativas em face à situação potencialmente perturbadora para toda a família (Barros, 2003).

OBJETIVOS

1) Explicitar o potencial terapêutico do trabalho emocional; 2) Identificar as intervenções de enfermagem que o incorporam; 3) Dar visibilidade aos ganhos em saúde gerados.

METODOLOGIA

Prática reflexiva (Schön, 1992) e aprendizagem experiencial (Kolb, 1984), com recurso à elaboração de um jornal de aprendizagem e de um guião de observação das práticas dos enfermeiros.



Promover e facilitar a regulação das emoções da família;

Melhorar a adaptação da família à situação;

Garantir uma atitude de compaixão e presença;

Promover a humanização dos cuidados

CONCLUSÃO

A experiência emocional da FAMÍLIA que acompanha a criança releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais, validando o potencial terapêutico que o trabalho emocional em enfermagem pediátrica tem, quer como ganho em saúde objetivo quer como determinante da gestão emocional da própria criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores
- Diogo, P. (2019). Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: um modelo orientador da prática, 2ª versão. *ResearchGate* 1-18. Doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós
- Watson, J. (2012). *Human Carina Science: A Theory of Nursina (2nd Ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (2003) *Psicologia Pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.

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, 2ª versão revista. ResearchGate, 1-18. Doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528.

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

Schön, D. (1992). *La formacion de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE VIII
- GUIÃO DE OBSERVAÇÃO
“ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DA
EMOCIONALIDADE DA FAMÍLIA”

Unidade Curricular
Estágio com relatório

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO
Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na gestão da
emocionalidade da família

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA
Setembro 2019

ÍNDICE

Nota Introdutória.....	2
Guião de Observação	3
Bibliografia.....	5

NOTA INTRODUTÓRIA

Este instrumento tem como objetivo servir de apoio à observação das interações enfermeiro/cliente, com foco nas estratégias utilizadas pelos enfermeiros de gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança.

Tendo por base o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2019), este Guia de Observação apresenta-se estruturado em duas colunas. Na primeira são expostas as possíveis estratégias a ser utilizadas, havendo sempre a possibilidade de completar com outra não mencionada e uma segunda coluna que permite um preenchimento rápido, apenas assinalando a estratégia observada (do tipo *check-list*) ou, pretendendo uma documentação mais pormenorizada da situação, permite a descrição da interação enfermeiro/cliente.

Transversal a todos os contextos, o Guião de Observação foi uma ferramenta de grande valor, possibilitando estruturar a observação das práticas dos enfermeiros, associando um registo completo das interações e, desta forma, ser elemento fulcral para uma reflexão da prática quotidiana. Foi também fundamental na aquisição de competências de gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença.

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Estratégias de gestão do ambiente	Registo de ação/interação de cuidados
Acolher	
Cumprimentar	
Expressar afeto	
Outras	

Estratégias de gestão das emoções da família	Registo de ação/interação de cuidados
Estratégias de 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	
Outras	
Estratégias de gestão das emoções reativas	
Envolver a família nos cuidados	
Explicar e esclarecer dúvidas	
Fazer pausas	
Fomentar a esperança	
Colocar-se ao lado	
Dar carinho	
Diferenciar os momentos	
Desviar o foco de atenção	
Encorajar e restringir	
Outras	

Estratégias de gestão da relação	Registo de ação/interação de cuidados
Envolvimento emocional	
Ligação afetiva	
Proximidade	
Conhecimento mútuo	
Confiança	
Outras	
Gestão de episódios conflituosos	
Abordagem calma e de controlo	
Dar espaço para a expressão	
Desmontar o problema	
Procurar a reconciliação	
Não fazer juízos de valor negativo	
Outras	
Equilíbrio de poderes	
Tomada de decisão partilhada	
Dar espaço à função parental	
Colaboração mútua	
Participação da pessoa	
Partilha de informação	
Outras	

Estratégias de regulação da disposição emocional para cuidar	Registo de ação/interação de cuidados
Analisar as experiências (falar com os colegas, leituras, escrita, reflexão)	
Partilhar o que sente (colega, grupo de colegas)	
Atenuar positivamente (perceber que não são os únicos a falhar, acreditar na sua competência, encarar com desafio)	
Não se deixar afetar, mantendo-se conectado (descentrar-se, afastar-se por momentos, evitar prestar cuidados, cortar com a fonte de emoções, cessar funções)	

BIBLIOGRAFIA

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

APÊNDICE IX
– SESSÃO DE REFLEXÃO
“INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS À LUZ DO MODELO DE TRABALHO
EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA”

Unidade Curricular
Estágio com relatório

Sessão Reflexiva

**A Intervenção Dos Enfermeiros À Luz Do Modelo De Trabalho
Emocional Em Enfermagem Pediátrica**

Ana Carolina Rito, N° 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA
2019 - 2020

ÍNDICE

1.Enquadramento da sessão.....	2
2. Planeamento da sessão	3
3. Diapositivos da sessão.....	4
4. Ficha de avaliação da sessão	11
Referências Bibliográficas	12

1.ENQUADRAMENTO DA SESSÃO

A realização desta sessão reflexiva sobre a intervenção dos enfermeiros à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2019) teve como objetivo, para além da disseminação e incorporação de novo conhecimento fruto da investigação em Enfermagem, criar um espaço favorável, convidativo e promotor da reflexão, compreensão e debate por parte da equipa de enfermagem sobre o seu trabalho emocional no seu contexto de cuidar.

Numa profissão marcada pela relação, cujo exercício profissional se centra na relação interpessoal (com intencionalidade terapêutica) entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) (OE, 2011), podemos alegar que as emoções orientam os cuidados de enfermagem, conferindo ênfase e sentido ao próprio cuidar (Diogo, 2006). Ao que ao cuidado em pediatria diz respeito, este está profundamente impregnado de emoções e afetos (Diogo, 2015, 2019).

As transformações significativas ocorridas nos serviços de saúde de atendimento à criança pressupõem o reconhecimento e atenção às necessidades específicas da população infantil, nas quais a dimensão afetiva não pode estar excluída, tal como o papel central da família na vida da criança. A adoção da filosofia de Cuidados Centrados na Família como orientadora do cuidado de enfermagem em pediatria resulta, exatamente, da convicção de que a família se apresenta como constante na vida da criança, que estas são afetadas e afetam aqueles com quem têm relacionamentos mais próximos e que a inclusão das famílias nos processos de saúde-doença é sinónimo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Harrison, 2010).

O trabalho emocional está implícito na relação terapêutica de cuidar, sendo mesmo considerado uma competência imprescindível da arte de cuidar (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Deste modo, a experiência emocional das famílias que acompanham a criança releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais, assim como o potencial terapêutico das estratégias adotadas pelos enfermeiros na gestão da emocionalidade da família, quer como ganho em saúde objetivo, quer como determinante da gestão emocional da própria criança, na promoção do seu bem-estar e oportunidade de transformação positiva da experiência (Diogo, 2015, 2019).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

1ª Sessão:

Local	Sala de reuniões da Unidade de Saúde Familiar
Data	18 de outubro de 2019
Destinatários	Equipa de Enfermagem

2ª Sessão:

Local	Sala de reuniões do Serviço de Urgência Pediátrica
Data	26 de janeiro de 2020
Destinatários	Equipa de Enfermagem

ETAPAS	ATIVIDADES	TEMPO
Introdução	- Apresentação dos objetivos da sessão; - Apresentação da problemática;	
Desenvolvimento	- Conceção Humana do Cuidar; - Trabalho emocional em enfermagem pediátrica; - Desenvolvimento de competências;	
Discussão	- Análise e partilha de experiências (tópicos orientadores): <ul style="list-style-type: none">• Episódio de urgência como experiência emocionalmente intensa para a família;• Momentos mais desafiantes na gestão emocional da família;• Intervenções de enfermagem na gestão da emocionalidade da família;• Estratégias de regulação da disposição para cuidar;	
Conclusão	Conclusões emergentes da análise das práticas;	
Avaliação	Avaliação da sessão em grupo; Preenchimento de ficha de avaliação da sessão.	

3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

10.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado
em Enfermagem, Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

**A gestão da emocionalidade da família que acompanha
a criança nos processos saúde-doença**

**Reflexão sobre a intervenção dos enfermeiros à luz do Modelo de
Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica**

Ana Carolina Rito nº935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

- Objetivos
- Problemática
- Conceção Humana do Cuidar
- Trabalho emocional em enfermagem pediátrica
- Análise das práticas
- Referências bibliográficas

Objetivos

- Enquadrar e justificar a problemática;
- Apresentar os pilares conceptuais do Trabalho Emocional;
- Expor e discutir o Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;
- Análise das práticas à luz do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;

Problemática

A valorização da influência mútua criança/família e reconhecimento do papel da família na estruturação e organização do ambiente infantil implica que esta seja em si mesma alvo de cuidados

(Barros, 2003)

A criança tem o direito a ser acompanhada pelos familiares próximos. Mas os pais também têm o direito de receber a ajuda necessária para encontrar formas adaptativas a uma situação perturbadora .

(Barros, 2003)

O uso das emoções e da sua gestão (quer do próprio, quer de quem é cuidado) é realizado de forma consciente pelos enfermeiros com enfoque na melhoria dos cuidados prestados

(Diogo,2015)

Problemática

A experiência emocional das famílias no cuidado à criança releva-se como um aspeto a ser valorizado pelos profissionais.

Potencial terapêutico

Ganho em saúde objetivo

Determinante da gestão emocional da própria criança

Conceção Humana do Cuidar

A enfermagem reconhecida enquanto ciência do cuidar não pode estar desligada ou ser indiferente às emoções humanas

(Watson, 2012)

Todo o processo relacional está impregnado de emoções.

(Goleman 2006)

Exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal (relação terapêutica) entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)

(OE, 2011)

Aprender a perceber emoções e sentimentos tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é uma fonte incomensurável de saberes na prática de Enfermagem.

(Collière 2003)

Conceção Humana do Cuidar

O cuidado profissional centra-se num processo relacional que implica a compreensão da experiência humana das emoções

A **relação terapêutica** constitui um espaço de expressão e partilha emocional

O cliente vivencia uma emocionalidade intensa associada às experiências de saúde-doença

O enfermeiro experiencia emoções em resposta ao sofrimento da pessoa cuidada

(Diogo, 2015)

Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

Incorpora como conceitos de destaque a **pessoa como ser unitário, o holismo, a relação interpessoal e o cuidar.**

Implica a consideração sobre o **modo dos enfermeiros gerirem as suas emoções e as dos clientes.**

Dimensão da prática, essencial na relação de cuidados, para que os enfermeiros demonstrem **sensibilidade afetiva e compreensão pelo Outro** e lidem, simultaneamente, com a **influência das emoções em si.**

Envolve **habilidades pessoais** mas também um **treino de respostas** no sentido de promover a gestão das emoções dos clientes no desempenho diário.

Proximidade na relação permite **conhecer o cliente e as suas necessidades**, promovendo a humanização dos cuidados.

Os enfermeiros ficam mais expostos ao **stress físico e emocional**, e podem ter que gerir tais emoções durante os cuidados.

(Smith, 2012; Diogo, 2015, 2019)

Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

As intervenções adotadas pelos enfermeiros, ao serem específicas e adequadas às situações concretas, possuem resultados terapêuticos significativos, pois permitem transformar os fenômenos emocionais perturbadores em estados restaurativos e adaptativos.

(Diogo,2015)

Os enfermeiros mobilizam estratégias que previnem a exaustão emocional do enfermeiro.

(Diogo,2015)

Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

O trabalho emocional é de natureza complexa e tem de ser aprendido, da mesma forma que as outras competências de enfermagem.

(Smith, 2012)

A gestão das emoções na Enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia dos enfermeiros, e aqueles que são peritos tendem a se envolver com os clientes e a dar uma grande importância às emoções na sua prática.

(Benner e Wrubel , 1989)

Trabalho emocional em enfermagem pediátrica

Um Modelo orientador da prática em contexto de saúde infantil e pediátrica



GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Gestão da emocionalidade da família enquanto intervenção de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários

Estratégias de gestão do ambiente	Registo de ação/interação de cuidados
Acolher	
Cumprimentar	
Expressar afeto	
Outras	

Estratégias de gestão das emoções da família	Registo de ação/interação de cuidados
Estratégias de 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	
Outras	

Estratégias de gestão das emoções reativas	Registo de ação/interação de cuidados
Envolver a família nos cuidados	
Explicar e esclarecer dúvidas	
Fazer pausas	
Fomentar a esperança	
Colocar-se ao lado	
Dar carinho	
Diferenciar os momentos	
Desviar o foco de atenção	
Encorajar e restringir	
Outras	

Estratégias de gestão da relação	Registo de ação/interação de cuidados
Envolvimento emocional	
Ligação afetiva	
Proximidade	
Conhecimento mútuo	
Confiança	
Outras	
Gestão de episódios conflituosos	
Abordagem calma e de controlo	
Dar espaço para a expressão	
Desmontar o problema	
Procurar a reconciliação	
Não fazer juízos de valor negativo	
Outras	
Equilíbrio de poderes	
Tomada de decisão partilhada	
Dar espaço à função parental	
Colaboração mútua	
Participação da pessoa	
Partilha de informação	
Outras	
Estratégias de regulação da disposição emocional para cuidar	Registo de ação/interação de cuidados
Analisar as experiências (falar com os colegas, leituras, escrita, reflexão)	
Partilhar o que sente (colega, grupo de colegas)	
Atenuar positivamente (perceber que não são os únicos a falhar, acreditar na sua competência, encarar com desafio)	
Não se deixar afetar, mantendo-se conectado (descentrar-se, afastar-se por momentos, evitar prestar cuidados, cortar com a fonte de emoções, cessar funções)	

“Enfermeiros que ouvem a criança e a sua família, que reconhecem e atendem as suas necessidades, que ficam por mais tempo ao seu lado e consideram as suas opiniões, questionamentos e sentimentos, têm mais possibilidade de estabelecer interações efectivas, de compartilhar os cuidados e de elevar a qualidade e a satisfação com a qualidade da assistência prestada.”

(Andraus; Minamisava; Munari; 2004, p. 207)

Referências bibliográficas

- Andraus, L. M. S., Minamisava R., & Munari, D. B. (2008). Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 3(2), 203-208. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude/3i2.5497>
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspectiva desenvolvimentista* (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California Addison-Wesley
- Collière M. (2003) *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª edição). Loures: Lusociência
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. (2ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2ª versão revista) (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgatenet/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatric_a_um_Modelo_orientador_da_pratica_2a_veziao_revista
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. (3ª edição). Espanha: Sábado.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Smith, P. (2012). *"The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?"* (2ª edição). Hampshire: Palgrave Macmillan
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

4. FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO



10.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado
em Enfermagem, Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatría

Ficha de avaliação da sessão

Assinale com um X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens (sendo 1 o nível mais baixo e o 5 o nível mais alto)

Avaliação geral da ação de formação

1 2 3 4 5

Os objetivos propostos foram cumpridos					
A metodologia foi adequada aos participantes					
A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação					
As competências adquiridas vão ter impacto na minha atividade profissional					

Avaliação do Formador

1 2 3 4 5

Os conteúdos foram adequados					
A articulação dos diferentes conteúdos temáticos foi concretizada					
A linguagem utilizada foi clara e assertiva					

1 2 3 4 5

Apreciação Global

--	--	--	--	--	--

Observações/Sugestões:

Grata pela disponibilidade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andraus, L. M. S., Minamisava, R., & Munari, D. B. (2008). Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 3(2), 203-208. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v3i2.5497>

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

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª edição). Loures: Lusociência.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

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. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a06.pdf>.

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

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. Doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Smith, P. (2012). *"The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?"* (2ª edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE X -
- ANÁLISE DA PRÁTICA À LUZ DO MODELO DO TRABALHO
EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

**Análise das práticas à luz do Modelo do Trabalho
Emocional em Enfermagem Pediátrica
Unidade de Saúde Familiar**

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
Setembro 2019**

ÍNDICE

Introdução	2
Análise das práticas à luz do Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica	3
Referências Bibliográficas	9

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários, seguindo as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, têm, na consulta de saúde infantil e juvenil, a missão assistir na vigilância da saúde da criança e jovem com família (DGS, 2003), maximizando o seu potencial de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional nas diferentes etapas do ciclo de vida.

O Cuidar em Enfermagem Pediátrica, orientado pela filosofia de cuidados centrado na família (IPFCC, 2017), reconhece o papel da família na estruturação e organização do ambiente infantil e ratifica a influência mútua criança/família, determinante nos processos saúde-doença, implicando que esta seja em si mesmo alvo dos cuidados de enfermagem (OE, 2017; IPFCC, 2017).

Ao reconhecer a unicidade e individualidade de cada família, valorizando a sua experiência emocional nos processos saúde-doença e como esta é fator decisivo nas emoções vivenciadas pelas crianças, numa perspetiva transaccional da influência do impacto emocional (Barros, 2003), os enfermeiros mobilizam estratégias que visam atenuar a emocionalidade excessiva sentida pelos clientes, potenciam os seus recursos internos de confronto com a situação (Diogo, 2015), promovendo o bem-estar e satisfação de crianças e famílias, o que se traduz numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2017).

Deste modo, esta reflexão propõe uma análise da prática de cuidados de enfermagem prestados na Unidade de Saúde Familiar (USF), meu contexto de estágio, à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) (Diogo, 2019). As experiências vividas e aqui descritas valem não apenas pelo seu valor individual, mas, também, na adequação do modelo TEEP como recurso conceptual estruturante de uma prática diária, constante e sólida de prestação de cuidados de enfermagem à criança e família nesta USF.

ANÁLISE DAS PRÁTICAS À LUZ DO MODELO DO TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Recorrendo ao programa informático de agendamento de consultas, o enfermeiro orientador e eu percebemos que a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil seguinte seria de um bebé de 4 meses, Ravi (nome fictício) e sua família. Como enfermeiro de família (método adotado na USF), o enfermeiro orientador conhecia bem a criança, desde do nascimento, tendo mesmo acompanhado e realizado a vigilância da gravidez, e tendo acompanhado também família (pai e mãe neste caso). Partilhou comigo que esta família era oriunda do Nepal. O primeiro elemento a vir para Portugal foi o pai, há dois anos e, no ano passado, veio a sua esposa. Residem na área de influência da unidade de saúde, têm um pequeno negócio de economia local, onde ambos trabalham.

Nos momentos antes da receção da família, o enfermeiro acedeu ao Registo de saúde eletrónico, procurando alguma intercorrência de ida à urgência ou internamento hospitalar, enquanto ia continuando a partilhar informações relevantes sobre a tríade. Eram pessoas simpáticas, calmas e com quem o enfermeiro já tinha estabelecido uma relação de confiança. O pai conseguia expressar-se em português, mas a mãe do Ravi não, só inglês. A gravidez tinha decorrido de modo tranquilo, assim como o parto. O desenvolvimento do Ravi era harmonioso e saudável. A dedicação e empenho do enfermeiro no cuidado a esta família eram notórios no jeito afetuoso com que falava.

Mesmo antes de sair do gabinete para ir acolher a família à sala de espera, o enfermeiro, cuidadosamente, arrumou a secretária, puxando para próximo desta mais uma cadeira (ficando quatro disponíveis) e retirou do armário alguns brinquedos de “bebé”.

No momento de acolhimento à família da sala de espera, o enfermeiro cumprimentou a mãe e ao pai do Ravi de modo caloroso, apresentou-me e pediu permissão para que participasse na consulta. Seguidamente dirigindo-se ao bebé, falando de forma suave e mais baixo, disse: “Olá pequenote! Estás tão crescido”. O ambiente gerado fez com que todos esboçássemos rasgados sorrisos.

Já no gabinete o enfermeiro iniciou a consulta perguntando como estavam, como estava o Ravi, se tinha havia alguma alteração ou preocupação. O pai respondeu que estavam todos bem e que o Ravi era um bebé adorável, “muito fácil”.

Consultando o boletim de vacinas eletrônico, o enfermeiro validou e transmitiu aos pais a necessidade de, nesta consulta, cumprir o esquema de imunização proposto para os 4 meses (DGS, 2017).

Neste momento em que a conversa se desenrolava, o Ravi começou a chorar cada vez com mais vigor. A mãe tentou mover o carrinho em jeito de embalo, mas sem sucesso. No rosto desta foi perceptível a sua inquietação e ansiedade para dar resposta à necessidade expressa pelo seu filho, mas a dúvida de como reagir naquele ambiente era franca. O enfermeiro e eu entrecruzamos olhares. Propus que eu fosse apoiar a mãe a despir o Ravi para realizar a monitorização do peso e comprimento, o que foi prontamente aceite.

De modo tranquilo e sereno, sorri para a mãe e, em inglês, sugeri que pegasse no Ravi ao colo para o irmos pesar. A mãe sorriu e, com facis alegre, pegou o seu filho ao colo, juntou-o ao peito e embalo-o durante algum tempo. Com o Ravi tranquilo, colocámo-lo na marquesa e eu, agitando a roca de brincar, fui cantarolando, sorrindo e interagindo com o Ravi. A mãe, de forma cuidada, foi começando a retirar a roupa. Depois de o pesar, conjuntamente com a monitorização do comprimento e devido à necessidade de alguma imobilização, o Ravi voltou a chorar. Nesta altura e de forma espontânea, a mãe, pegando num boneco de pelúcia, iniciou uma brincadeira de distração, com uma voz suave e risonha. Assim que disse que já havia conseguido a medição, pegou-o prontamente ao colo e embalou-o afetuosamente.

Sabendo que ainda havia a necessidade de realizar a vacinação, o enfermeiro olhou para os pais e disse: “Talvez agora esperemos um bocadinho e damos tempo ao Ravi para se tranquilizar. E nós também, que não gostamos de o ver chorar”. Com um tom de voz carinhoso dirigiu-se ao bebé: “Não é, meu pequenote? Gosto de te ver é assim, todo risonho e bem-disposto”.

Visto o Ravi continuar a cumprir esquema de aleitamento materno exclusivo, o enfermeiro questionou a mãe como estava a correr, se continuava a mamar bem. A mãe respondeu que sim e questionou se já era este mês que o Ravi ia começar com as sopas e purés de fruta. O enfermeiro, aproveitando a disponibilidade e interesse demonstrado pelos pais, iniciou o tema da diversificação alimentar, explicando o esquema proposto para o início da alimentação e da introdução de novos alimentos, apresentando um folheto com o resumo da informação (folheto traduzido para Nepalês pela equipa de enfermagem da USF).

Numa atitude sensível e intuitiva, o enfermeiro e eu percebemos um desconforto nos pais, uma troca de olhares cúmplice, como se houvesse algo a não ser expressado. Numa abertura e disponibilidade emocional, o enfermeiro disse que percebia que alguma coisa não estava a fazer sentido para eles e que se quisessem partilhar, ele tinha muito gosto em os escutar. Num quase receio, o pai assumi a palavra e partilhou que na sua tradição cultural existe uma cerimónia específica de introdução da alimentação, em que o primeiro alimento que o bebé ingere é uma papa de arroz e que, para eles, tinha um grande significado cumprir a tradição. O enfermeiro, percebendo a importância afetiva, emocional e espiritual da prática, relembrou os cuidados para a introdução da alimentação, da necessidade de adequar os alimentos e a sua cozedura, pela imaturidade do bebé e o risco de engasgamento. Propôs que o assunto fosse abordado com o médico assistente, para que todos em conjunto pudessem tomar uma decisão partilhada e informada. Nos rostos dos pais foi perceptível a sua satisfação e, nas suas palavras, a gratidão pela valorização e respeito com que o assunto foi abordado, verbalizando mesmo “É muito bom ser você o nosso enfermeiro”.

A descrição desta experiência não pretende apenas considerá-la na sua individualidade, mas também servir para a compreensão da atitude transversal na prestação de cuidados da equipa de enfermagem, da qual fui testemunha e elemento de participação ativa no decurso do meu estágio.

Todavia, a reflexão da equipa, fruto da **SESSÃO DE REFLEXÃO: Intervenção dos Enfermeiros à luz do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica** (Apêndice IX), foi reveladora do não reconhecimento destas atitudes dos enfermeiros como estratégias com uma intencionalidade terapêutica, agregada a um trabalho emocional inerente ao ato de cuidar (Smith, 2012), percebendo as suas ações apenas decorrentes da sua personalidade. Assim, o contributo das reflexões permitiu reconhecer o trabalho emocional em enfermagem emocional, explicitar o potencial terapêutico, identificar as intervenções de enfermagem que incorporam o trabalho emocional e dar visibilidade aos ganhos em saúde gerados pelo trabalho emocional (Vilelas, 2013; Diogo, 2019).

Numa prestação de cuidados de enfermagem orientada pela filosofia dos cuidados centrados na família (IPFCC, 2017) e focada num cuidado humano e transpessoal (Watson, 2012), os enfermeiros procuram atenuar a emocionalidade excessiva sentida pelos clientes, potenciando os seus recursos internos de confronto com a

situação (Diogo, 2015) através da intencionalidade de ações: **Promover um ambiente seguro e afetuoso; Nutrir os cuidados com afeto; Facilitar a gestão das emoções na pessoa; Construir a estabilidade na relação; Regular a sua disposição emocional para cuidar** (Diogo, 2019).

Apesar de ser Enfermeiro de Família, o gabinete do enfermeiro é utilizado para todas as valências de consulta, destaca-se o seu cuidado em preparar o gabinete para a receção ao bebé e à família, procurando desconstruir o meio frio e estranho associado às instalações de saúde. Mas este propósito de “**Promover um ambiente seguro e afetuoso**”, não se esgota nos aspetos físicos do contexto. Envolve, também, mensagens humano-afetivas nas interações (Diogo, 2015), implícitas no modo cuidado, simpático e afetuoso do enfermeiro de acolher, cumprimentar a família. Podemos, assim, perceber que a afetividade que reveste todas as ações do enfermeiro, além de essencial para uma experiência positiva dos clientes, também influencia a construção de um ambiente agradável e tranquilo.

Embora no modelo TEEP (Diogo, 2019) as categorias se apresentem distintas e individualizadas, estas, espelhando a realidade dinâmica e complexa, são interdependentes, percebendo que os enfermeiros ao “**Nutrir os cuidados com afeto**” afetam tanto a vivência da experiência como o meio envolvente.

A proximidade afetiva do enfermeiro a família, contruída no tempo e revelada nas suas palavras quando me apresentou a mesma, valida a facilidade na expressão do afeto, presente nos sorrisos, na adequação do tom de voz, na escolha de palavras carinhosas (“meu pequenote”) que, mesmo quando dirigida ao bebé, tem um reflexo direto numa experiência emocional positiva dos pais, sentindo os seus filhos amados e considerados (Diogo, 2015), incrementando o seu bem-estar.

Em contraponto, visto ser a primeira vez com esta família, a minha interação com a família e com o bebé foi mais contida, conferindo espaço para que tranquilamente se familiarizassem como a minha presença e se sentissem confortáveis na interação. A minha espontaneidade afetiva na interação com o bebé, enquanto a mãe o despia, adveio de um modo autêntico de ser, carinhoso, simpático, num consciente recurso ao *Self* (Carper, 1985; Collière, 2003; Watson, 2012) para a construção da relação. Neste caso em concreto, existiu também uma ação intencional de gestão da emocionalidade materna, apoiando na gestão do seu desconforto face ao choro do bebé e ativando recursos adaptativos (distrair o bebé, cantarolar para ele,

interagir através de um brinquedo) a que a mãe possa recorrer noutras situações, reforçando a sua confiança parental.

Na experiência vivida com a família do Ravi, está manifesta uma sensibilidade vigilante, atenta e intuitiva do enfermeiro ao estado emocional dos pais, implementando ações com o propósito de **“gestão das emoções dos clientes”**. A informação transmitida aos pais sobre como iria decorrer a consulta e os procedimentos que teriam de ser realizados, a partilha tranquila, paulatina de orientações referentes à introdução alimentar e a entrega do folheto informativo, revelam a preocupação de incremento dos conhecimentos dos pais, transversal à equipa de enfermagem, promovendo as suas competências parentais e o seu sentimento de controlo e autoconfiança.

O momento final descrito desta experiência, em que os pais demonstraram inquietação, foi percebida e valorizado pelo enfermeiro, mostrando disponibilidade para a escuta de dúvidas e questões, num incentivo claro à expressão de sentimentos, na intenção de apaziguar medos, receios e ansiedade, geradoras de sofrimento. A empatia emocional na compreensão da vivência dos pais, num profundo respeito pela crenças, valores e costumes da família, ultrapassando preconceitos culturais, num olhar para a família como sujeito de cuidados a vivenciar uma situação única, foi determinante na transformação de um estado emocional perturbador para uma vivência positiva na interação enfermeiro-cliente, gratificante e promotor de tranquilidade e bem-estar.

Numa preocupação explícita de **“Construir a estabilidade na relação”** para além do envolvimento emocional patente, o enfermeiro estabeleceu a sua intervenção de apoio e suporte aos pais (IPFCC, 2017), na compreensão e respeito do valor da questão para estes e com foco num equilíbrio de poderes, onde a partilha de informação relevante e necessária foi a base para uma tomada de decisão partilhada.

A dedicação verdadeira, a dádiva de afeto de si ao outro e a vontade genuína de cuidar (Watson, 2012) por parte dos enfermeiros, de cada criança e família que recorre à USF - e que não é exclusiva da experiência relatada - traduz-se numa construção de relações gratificantes e estáveis para os clientes, mas também para a equipa de enfermagem, que encontra nestes momentos emocionalmente significativos e no bem-estar e satisfação expressada pelos clientes, a sua **“disposição emocional para cuidar”**.

Esta análise permite a compreensão da forma como os enfermeiros desta USF fazem um uso terapêutico das emoções, no sentido da facilitação da gestão emocional das famílias e explanar os ganhos de saúde daí advindos, concorrendo para a visibilidade do trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Carper, B. A. (1985). Fundamental patterns of knowing in nursing. In: Nicoll LH – *Perspectives on nursing theory*. Boston: Little Brown and Company.

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

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2017) *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started*. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.

Smith, P. (2012). *"The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?"* (2ª edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: Uma revisão do conceito. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa*, 7(3), 41-50. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/263733964> [O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem uma revisao do conceito](#) [The emotional labour in the act of caring nursing a review concept.](#)

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE XI
- JORNAL DE APRENDIZAGEM
SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA



10.º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado
em Enfermagem, Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

Serviço de Urgência Pediátrica

Jornal de Aprendizagem

Ana Carolina Rito, Nº 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
Janeiro 2020**

ÍNDICE

1. Descrição	2
2. Sentimentos	5
3. Avaliação, Análise e Conclusão	6
4. Agenda.....	7
Referências Bibliográficas	8

1. DESCRIÇÃO

Nesse turno, no serviço de urgência pediátrica, a minha orientadora propôs-me ficar a prestar cuidados no serviço de observação (SO), de modo a ter oportunidade de passar por todos os “postos” deste serviço. Deste modo, dirigimo-nos para a sala de enfermagem para a passagem de ocorrências referentes às três crianças e famílias que se encontravam internadas neste serviço. A enfermeira do turno da noite transmitiu informações sobre a sintomatologia que cada criança apresentava, medidas farmacológicas implementadas e alguns cuidados que ficariam para realizar no turno da manhã.

À chegada ao SO, a enfermeira e eu apresentámo-nos de modo afetivo e particular junto de cada criança e família, percebendo como tinham passado a noite e como estavam, mostrando disponibilidade e presença para que recorressem a nós em qualquer momento.

Numa cama próxima do balcão de enfermagem estava Marcelo (nome fictício), um menino de 3 anos acompanhado pela sua mãe. Embora esboçando um sorriso quando nos apresentámos, era visível uma tristeza e apreensão no seu olhar. Apesar da abertura para que colocasse alguma questão, esta não mostrou qualquer interesse em falar, olhando para o Marcelo que estava “aninhado” na cama ainda meio adormecido. Recordando o que a enfermeira do turno da noite nos tinha dito, sabia que o Marcelo tinha dado entrada no serviço de urgência no início da noite, por febre há 3 dias, prostração e anorexia, acompanhado pela mãe, tendo ficado no SO para vigilância e esclarecimento do diagnóstico clínico. Consultei o sistema informático para rever todo o processo: o Marcelo ainda havia tido picos febris durante a noite, e também se aguardavam os resultados laboratoriais.

Quando voltei a olhar na direção do Marcelo e da mãe, este já tinha acordado, mas estava choroso, impaciente. Dirigi-me ao Marcelo e, baixando-me para ficar ao nível da cama e de “igual para igual”, numa voz suave e meiga, disse “Bom dia, príncipe. Já acordastes? Deves estar com muita “fominha”, o que vais querer papar? Um leitinho e um pãozinho?”. O Marcelo olhou para mim, mas não respondeu, mantendo uma cara de insatisfação e tristeza. Mantendo uma postura serena e paciente, aguardei, até que a mãe olhando sempre para o filho, disse “Ele não é muito de leite. Talvez um iogurte, mas não sei”. Ao que respondi, em modo de brincadeira, numa quase “teatralização” da fase, “Ah! Era esse o problema! Mas tu nem sabes

Marcelo, este hospital tem uns iogurtes com umas bolachinhas muito especiais, tão, tão deliciosos que tu nem vais acreditar”. Fui buscar o prometido iogurte e bolachas que deixei, intencionalmente, em cima da cama apenas dizendo “Aqui está o maravilhoso iogurte”, retirando-me em seguida.

Do balcão de enfermagem era possível continuar a ver o Marcelo e a mãe. A mãe abriu o iogurte, mas o Marcelo demonstrou logo maior interesse nas bolachas, pedindo para abrir. E, tranquila e autonomamente, foi comendo as bolachas enquanto a mãe lhe dava o iogurte. O ambiente era muito mais sereno, o Marcelo ficou mais desperto e sossegado, pedindo para ver os “bonecos” no telemóvel da mãe.

Passado algum tempo, a mãe dirigiu o olhar para o balcão de enfermagem e timidamente chamou-me: “Sabe, Sra. Enfermeira, continuo a achar o Marcelo muito quente”. Com um gesto afetuoso, passei a mão pela testa do Marcelo e pela barriga, dizendo: “Ai que “barrigota” tão boa. Gostou muito do iogurte”. Sorrindo disse: “Vou buscar o telefone (termómetro timpânico) para ver se tens febre”. Estava com 37,3º, partilhei o valor com a mãe, dizendo que não era considerado febre, mas que íamos manter a vigilância e que me podia chamar sempre. Pela primeira vez a mãe do Marcelo dirigiu-me o olhar e disse “Sabe, ele já está há três dias com febre. Ontem há noite quando lhe medir a temperatura e vi 39º, fiquei assustadíssima. Disse logo ao meu marido, eu vou para o hospital com o menino. E desde de que chegámos já passamos pela triagem, foi observado pelo Pediatra, já colheu sangue, colheu expetoração e ainda teve de pôr a agulha na mão (cateter venoso periférico). Eu até já me perdi se ele voltou a fazer febre à noite, só vi colocarem qualquer coisa no soro”. Perante a intensa partilha emocional, procurei espelhar a minha vontade e dedicação em cuidar do Marcelo, partilhando informações concretas sobre a situação de doença do Marcelo, que tinha feito dois picos febris, um já de madrugada, e o que os enfermeiros do turno da noite tinham administrado era paracetamol, para baixar a febre.

Mostrando-se visivelmente mais serena, e estando o Marcelo tranquilamente a ver os desenhos animados, achei oportuno perguntar se já tinha ido comer alguma coisa, se gostaria de realizar os seus cuidados de higiene. “Olhe, acho que ontem nem jantei direito e ainda não comi mais nada. O meu marido ligou-me e disse que vinha trazer qualquer coisa, mas eu nem sei como são as regras aqui... disse para não vir. Mas de facto não tenho nada”. Numa verdadeira empatia emocional para com a mãe do Marcelo e perante a compreensão da vivência perturbadora e desgastante,

procurei apoiá-la e disponibilizar recursos externos de modo a atenuar a emocionalidade negativa. Expliquei que poderia pedir ao pai para vir, trazendo o que necessitasse para os seus cuidados de higiene, os quais poderia realizar no WC do SO e que, enquanto fosse ao bar comer qualquer coisa, o pai poderia substituí-la temporariamente. Disse-lhe ainda: “De certeza o pai também ficaria muito contente em conseguir vos ver”. A mãe do Marcelo agradeceu e disse que ia aceitar a sugestão: “Estou mesmo a precisar de comer e apanhar um bocadinho de ar”.

Quando voltei a dirigir o olhar para a cama do Marcelo, já estavam os dois a dormir. O Marcelo tinha largado o telemóvel, ajeitando-se na cama, e a mãe, de mão dada com o filho, tinha reclinado o cadeirão para, finalmente, descansar. Passado algum tempo, fui chamada pela mãe do Marcelo a dizer que o marido tinha chegado e que ia ter com ele lá fora, se eu podia “ficar de olho no Marcelo, não vá ele acordar”. Esboçando um afetuoso sorriso, disse que ficaria por perto.

Com o Marcelo ainda a dormir, recebi o pai no SO, apresentando-me e disponibilizando-me para o que precisassem. O encontro pai e filho decorreu de modo sereno. O Marcelo, assim que acordou, quis ir ao colo do pai. Apenas medieei a situação, orientando o fio do soro em perfusão e a encontrando a posição mais confortável para pai e filho.

Quando a mãe regressou a sua disposição era outra, sorriso no rosto, faceis alegre. Dirigindo-se ao Marcelo, deu-lhe um abraço apertado e muitos beijos, numa expressão de afeto genuína e tranquila. “Olha mamã o que o papá trouxe” disse o Marcelo alegremente. A mãe, também de forma alegre, respondeu: “Ai que bom filho! São mesmo os teus bonecos de brincar preferidos!”. O ambiente que envolvia aquela unidade era totalmente diferente da realidade encontrada de manhã, mais leve, tranquila e risonha.

Após a minha pausa para o almoço, ao regressar ao SO, a mãe do Marcelo chamou-me e disse: “Sabe Sra. Enfermeira, vamos ter de ficar internados, o pediatra veio cá com os resultados das análises. Mas é só para vigilância da febre e para ver se não há mais sintomas. Deve ser um tempo de internamento curto. Ele hoje de manhã ainda não fez febre e ao almoço já comeu qualquer coisa de aceitável”. A alegria que revestia aquele momento de cumplicidade validava toda a vivência daquele turno emocionalmente tão significativa.

Enquanto aguardavam a transferência para o internamento, disponibilizei ao Marcelo lápis e desenhos para colorir, que prontamente aceitou. No fim do meu turno,

fui ter com o Marcelo e com a mãe, para me despedir, informar que agora viria a equipa da tarde, que seria já com eles a transferência e que desejava as rápidas melhoras. Dirigi-me à criança dizendo “Oh campeão, tu és mesmo um valente. Dá cá mais cinco!”; brincadeira a que o Marcelo aceitou prontamente, batendo a sua palma contra a minha. A mãe falou com o filho perguntando: “Oh Marcelo, tu não tinhas uma coisa para a Sra. Enfermeira? Ele pintou este desenho para si”. Sorri e agradei, nesta que foi uma verdadeira despedida calorosa.

2. SENTIMENTOS

A admissão a um serviço de urgência com um filho já é por si só uma experiência potencialmente perturbadora (Hockenberry e Barrera, 2014), quando a ela se associa observações por diferentes profissionais de saúde e procedimentos dolorosos, a exigência emocional para com os pais, quer no apoio emocional ao filho, quer em regular as suas próprias emoções, aumenta exponencialmente (Vilelas, Diogo, Rodrigues, Almeida, 2017).

No momento em que interagi pela primeira vez com a mãe do Marcelo, foi perceptível a carga emocional intensa vivenciada, aumentando/potenciando a exigência ética, profissional e moral de cuidar desta senhora/mãe (Watson, 2012, IFPCC, 2017). Numa sensibilidade vigilante, percebi a exaustão emocional da mãe do Marcelo e a sua indisponibilidade de, num primeiro momento, estabelecer o diálogo e a interação, o que permitiu antecipar estratégias e planejar intervenções.

O enfoque inicial da minha intervenção para a atenção e gestão da doença e bem-estar do Marcelo, percebendo que esse era o ponto primordial. A mãe, percebendo-o cuidado e seguro, conseguiu sentir-se mais tranquila e serena. A intencionalidade de recurso ao afeto na prestação de cuidados, à simpatia, à disponibilidade, à compreensão empática e ao humor para gerar um ambiente acolhedor e afetivo, foi determinante na construção da estabilidade da relação e na promoção de um ambiente facilitador da expressão de emoções (Diogo, 2015, 2019).

O apoio emocional prestado, alicerçado na escuta ativa e na comunicação com vista o esclarecimento de dúvidas e partilha de informação, foi um elemento chave para que a mãe compreendesse a situação, devolvendo o controlo, estimulando a

mobilização de recursos externos e internos da mãe para gerir as suas próprias emoções, assim, conseguir ser elemento de suporte e apoio sadio para o filho.

O empenho e dedicação ao cuidar desta mãe, reconhecendo e valorizando as suas necessidades emocionais, permitindo atenuar as disrupções emocionais, facilitando uma autogestão emocional e promovendo seu bem-estar, foi, possivelmente, decisivo para a forma tranquila e serena com conseguiu enfrentar e gerir a necessidade de internamento do Marcelo.

3. AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO

A avaliação desta experiência no meu percurso de estágio é muito positiva. A conjugação desta vivência emocionalmente tão frutífera com a oportunidade de reflexão sobre a mesma, contribuiu para o desenvolvimento de competências a que me propus, como EEESIP.

A partilha emocional, a construção da relação e o apoio à mãe do Marcelo na gestão das suas emoções, foi determinante na sua vivência deste processo saúde-doença, como da do próprio Marcelo, sendo elucidativa da influência entre criança e família, do impacto emocional nos processos saúde-doença (Barros, 2003). Mesmo que intervenções de enfermagem de gestão emocional de antecipação, como o fornecimento de explicações/informações e a preparação para os procedimentos possam não ter sido desenvolvidas, a implementação de intervenções de gestão das emoções reativas teve um enorme valor terapêutico, verificado na modificação de um estado emocional de tonalidade negativa para um estado de tranquilidade, serenidade e bem-estar da mãe e da criança (Smith, 2012, Diogo, 2015, 2019).

Contundo, esta vivência contribuiu, também, para um autoconhecimento, para uma atenção para com as minhas próprias emoções e para uma consciência mais profunda da quantidade de trabalho emocional inerente ao ato de cuidar. Enquadrar as intervenções desenvolvidas no trabalho emocional em enfermagem, permitiu a sua valorização enquanto intervenções terapêuticas, registando-as no diário de enfermagem.

4. AGENDA

A febre em idade pediátrica, podendo não se enquadrar como situação emergencial, é a razão mais comum de procura de serviços de saúde pelos pais (DGS, 2018; DGS, 2018a), podendo ser uma experiência emocionalmente intensa e perturbadora para a família no cuidado à criança. Assumindo-se assim como foco de atenção relevante da prática de enfermagem, foi elaborado o **FOLHETO – FEBRE NA CRIANÇA/ADOLESCENTES – INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES** (Apêndice XII).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

Direção Geral da Saúde (2018) *Orientação nº 005/2018 de 03/08/2018 – Febre na Criança e no Adolescente – Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação inicial, Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052018-de-03082018.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2018a) *Norma nº 014/2018 de 03/08/2018 – Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta duração em Idade Pediátrica*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>.

Hockenberry, M. e Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M., e Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp.1 – 121). Loures, Portugal: Lusodidata.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started*. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.

Smith, P. (2012). *"The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?"* (2ª edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

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) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem* (pp. 45 – 76). Loures: Lusodidacta.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE XII
– FOLHETO
“FEBRE NA CRIANÇA/ADOLESCENTES – INFORMAÇÃO PARA PAIS E
ACOMPANHANTES”

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

**FOLHETO
“Febre na Criança/Adolescentes – Informação Para Pais
E Acompanhantes”**

Ana Carolina Rito, Nº 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
Janeiro 2020**

ÍNDICE

Nota Introdutória.....	2
Folheto	3
Referências Bibliográficas	5

NOTA INTRODUTÓRIA

Recorrentemente no serviço de urgência, os enfermeiros, possivelmente pelo facto de se depararem recorrentemente com vivências emocionais intensas e desafiantes, quer pela gravidade quer pela necessidade de ação imediata, tendem a perceber as situações não emergenciais como de carga emocional menos perturbadora para criança e família (Sanders, 2014). A vivência dos processos saúde-doença e a emocionalidade a estes associada, depende muito mais da forma subjetiva, individual e íntima como a criança e família os experienciam, do que do próprio processo em si (Barros, 2003, 2010; Sanders, 2014; Watson, 2012, Diogo, 2015).

A febre em idade pediátrica, podendo não se enquadrar como situação emergencial, é a razão mais comum de procura de serviços de saúde pelos pais (DGS, 2018; DGS, 2018a), podendo ser uma experiência emocionalmente intensa e perturbadora para a família no cuidado à criança. Assumindo-se assim como foco de atenção relevante da prática de enfermagem, foi elaborado este **FOLHETO – FEBRE NA CRIANÇA/ADOLESCENTES – INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES**. Foi entregue à Sra. Enfermeira Chefe e proposto que o mesmo fosse entregue, no momento da triagem, às famílias que acompanham a criança com febre.

Alicerçado numa filosofia de cuidados centrados na família (IPFCC, 2017, Smith, 2018) e numa lógica de repercussão e influência emocional (Barros, 2003), o fornecimento de informação de suporte aos pais/família enquanto esperam por uma observação médica na sala de espera, inscreve-se numa estratégia de gestão emocional antecipatória (Diogo, 2015, 2019). No sentido de revalidar conhecimentos, esclarecer dúvidas, atenuar medos e receios, a entrega deste folheto enquadra-se numa intervenção preventiva de disrupção emocional, promovendo a capacitação da gestão das emoções, a segurança e o bem-estar da criança e família.

Este folheto, respeitando o esquema visual e informativo dos documentos de informação aos clientes do hospital, foi incorporando no lote de documentos integrado no Projeto de Melhoria da Qualidade do Serviço e do Hospital, ficando submetido para aprovação pelo Gabinete de Comunicação e Imagem do Hospital.

FOLHETO

INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES

FEBRE NA CRIANÇA/ ADOLESCENTE



<https://www.infancia.pt/2019/03/06/febre-em-criancas-e-adolescentes/>

Área da Pediatria
Serviço de Urgência Pediátrica Data: Janeiro/2020

INFORMAÇÕES PARA PAIS E ACOMPANHANTES

Estimados pais elaborámos este folheto a pensar em vocês, ajudando-vos a saber como lidar com a febre na vossa criança/adolescente.

A febre, por si só, não é uma doença.

Trata-se de uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infeções.

É normal que a temperatura baixe, mas voltará a subir ao fim de algumas horas, até a doença passar.

Considera-se febre perante os seguintes valores medidos:

- Timpânica (no ouvido): acima dos 37,8°C
- Axilar (debaixo do braço): acima dos 37,6°C

COMO AJUDAR A CRIANÇA/ADOLESCENTE?

- Oferecer água e/ou leite;
- Oferecer alimentos, mas respeitando a vontade da criança;
- Justar a quantidade de roupa à sensação de frio ou calor da criança;
- Vigiar os "sinais de alerta";
- Se necessário, contactar a Saúde24 (808 24 24 24);

SIGA AS ORIENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

COLABORE CONNOSCO

COMO ADMINISTRAR O MEDICAMENTO PARA A FEBRE?

- O objetivo do antipirético é aliviar o desconforto da criança e não eliminar a febre a todo o custo;
- Dar o **Paracetamol** respeitando a prescrição do médico;
- O intervalo mínimo entre duas tomas é de 4 horas;
- Não dar Ibuprofeno**: idade inferior a 6 meses; na varicela; com diarreia e vômitos moderados/graves; se alergia a anti-inflamatórios;

QUANDO LEVAR A CRIANÇA A UM SERVIÇO DE SAÚDE?

- Se **idade inferior a 3 meses**;
- Se idade inferior a 6 meses com temperatura igual/superior 40°C;
- Se tiver **temperaturas axilares superiores 40°C**;
- Na presença de um ou mais "sinais de alerta";
- Se tem doença crónica grave;
- Se tem febre há 5 ou mais dias, ou se a febre reaparecer após 2 a 3 dias sem febre;

LAVE AS MÃOS COM FREQUÊNCIA PARA EVITAR INFECÇÕES

INFORMAÇÕES ÚTEIS

SINAIS DE ALERTA

- Irritabilidade**: gemido mantido;
- Sonolência excessiva** ou incapacidade em adormecer;
- Convulsão**;
- Aparecimento de **manchas na pele** nas primeiras 24-48h de febre;
- Respiração rápida** ou **dificuldade em respirar**;
- Vômitos** repetidos entre as refeições;
- Recusa alimentar completa** superior a 12 horas, principalmente em criança com menos de 1 ano;
- Sede insaciável**;
- Dor perturbadora**; choro inconsolável ou criança que não tolera o colo;
- Calafrios**;
- Mãos e pés de coloração azulada** na subida térmica;
- Dor** ou dificuldade em mexer algum membro ou **dificuldade em andar**;
- Urina turva** ou mau cheiro.

Mais informações: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/processos-assistenciais-integrados.aspx>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Barros, L. (2010). Família, saúde e doença intervenção dirigida aos pais. *Alicerces*, III (3), 207-221. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/768>.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição.). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática* (2ª versão revista) (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

Direção Geral da Saúde (2018) *Orientação nº 005/2018 de 03/08/2018 – Febre na Criança e no Adolescente – Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação inicial, Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052018-de-03082018.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2018a) *Norma nº 014/2018 de 03/08/2018 – Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta duração em Idade Pediátrica*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started*. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização In Hockenberry, M. e Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025 – 1060). Loures: Lusodidata.

Smith W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. Doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.014

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE XIII
– JORNAL DE APRENDIZAGEM
UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS AO RECÉM-NASCIDO

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

Jornal de Aprendizagem

Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
Novembro 2019**

ÍNDICE

Descrição	2
Sentimentos	5
Avaliação, Análise e Conclusão	6
Agenda.....	7
Referências Bibliográficas.....	9

DESCRIÇÃO

A Alice (nome fictício), uma bebé nascida prematuramente de 34 semanas, estava internada nos cuidados intermédios da Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido. Quando, nesse turno, a enfermeira orientadora me propôs que ficasse responsável pelos cuidados, a Alice foi-me apresentada como uma bebé que “Está cá para autonomia alimentar e ganho ponderal, mas tem tido algumas dificuldades de adaptação à tetina e ainda tem sonda naso-gástrica para alimentação”. Na passagem de turno foram completadas estas informações sobre a situação clínica da Alice e, principalmente, sobre a alimentação (quantidade, intervalo e tempo de perfusão do leite, bem como a técnica de alimentação utilizada). As informações sobre a família da Alice foram parcas, apenas que os pais ainda estavam “meios perdidos”, a mãe ainda estava internada no serviço de obstetrícia, mas os pais vinham sempre de manhã e ficavam quase o dia todo.

Perante as informações transmitidas pela colega do turno da noite e pela consulta do processo clínico da Alice, sugeri à enfermeira orientadora, visto ser hora da Alice se alimentar, utilizar este momento para conhecer a bebé e realizar uma avaliação das suas competências oro-motoras para a alimentação e, posteriormente, esperar pelos pais adequar e negociar o plano de cuidados. A minha proposta foi validada pela enfermeira, que achou muito favorável conhecer as competências da bebé para melhor adequar as intervenções de otimização da alimentação.

Durante o período da alimentação foi possível reconhecer a Alice como uma bebé com interesse pela alimentação, procurando ativamente a tetina, e com reflexos de sucção-deglutição coordenados. Como esperado, apresentava surtos de sucção curtos e cansaço, com necessidade de realizar pausas frequentes na alimentação, não conseguindo ingerir a totalidade do leite por tetina, sendo completada com a administração por sonda naso-gástrica. Após o momento da alimentação, a Alice adormeceu.

Embora a compreensão destas questões se revelasse como importante no planeamento dos cuidados, conseguir conhecer a bebé só foi realmente possível pelo contacto direto, pela interação afetuosa, com palavras de carinho e amor (por exemplo: Bom dia, minha princesa pequenina! Tu és muito linda e simpática. Queres um leitinho muito bom para ficares forte e crescida muito rápido?), pelo dar colo, sentir a bebé e as suas particularidades.

Os pais da Alice chegaram algum tempo depois. Quando me aproximei deles para me apresentar, junto do berço da Alice, olhavam-na com amor e carinho, mas não lhe tocaram. Eles num tom simpático e suave, perguntaram como tinha passado a noite a filha, se tinha conseguido beber algum leite por biberão. “Já nos disseram, ela é meio preguiçosa” comentaram com um sorriso, a disfarçar a tristeza na voz. Respondi que já tinha tido o privilégio de dar o primeiro biberão da manhã à Alice e que ela tinha se mostrado muito interessada em mamar, que tinha uma boa coordenação dos reflexos sucção e deglutição, num evidente enaltecimento das competências da bebé. “Ai que bom! Nós hoje até vínhamos um bocadinho desanimados, mas ela está a revelar uma menina mesmo valente”, revelaram numa mistura de sentimentos de tristeza, alívio e esperança.

Quando a Alice começou a despertar, os pais debruçaram-se suavemente sobre o berço e prontamente, chamaram-me: “Sra. Enfermeira parece que a Alice está a querer acordar. Será que já é hora do leitinho?”. Cheguei perto deles, com um sorriso e uma voz suave disse: “Bom dia papás! Estava cheia de saudades vossas!”. Dando voz à Alice, procurei dar estímulo à interação pais-bebé. Os pais estavam visivelmente enternecidos com os movimentos suaves, de espreguiçar da bebé, a mãe tomando voz disse: “Bom dia minha filha! A mamã e o papá já chegaram. Também estavam cheios de saudades tuas!”, colocando a sua mão delicadamente sobre a filha, tocando-a pela primeira vez desde de que tinha chegado.

Aproveitando o momento de interação mãe-filha, e com delicadeza na abordagem, propus ao pai que retirasse a Alice do berço e que a mãe a pegasse ao colo (a mãe estava sentada no cadeirão), enquanto preparava o leite. Ambos olharam para mim num misto de surpresa e entusiasmo, dizendo: “E posso pegá-la assim? É que das outras vezes, foi uma sua colega que a pegou e nos a pôs nos braços”. Ao que respondi, com carinho: “Eu acho que a Alice gosta mais se for o pai”. Alinhada a oportunidade, a vontade e o incentivo, o pai da Alice, cuidadosamente, pegou nela, trouxe-a para junto do seu peito e, suavemente, beijo-a na testa, antes de a colocar nos braços da mãe. Afastei-me, no sentido de preparar o leite, mas principalmente para dar liberdade e espaço da tríade disfrutar este momento de profundo encontro, proximidade e prazer.

Regressei com o biberão, tal era a tranquilidade e amorosidade do momento que os pais apenas me olharam e sorriram, envoltos numa sensação de prazer e bem-estar. “Vamos ao leitinho minha filha linda?”, disse a mãe, que acrescentou: “Mas Sra.

Enfermeira o biberão é melhor ser consigo. Nós nunca demos e temos medo de fazer mal e ela se engasgar ou não conseguir dar o suficiente”. Respondi: “Claro que sim. Vamos lá dar o leite a esta princesinha maravilhosa, do coração”. E, tomando com carinho a Alice nos meus braços, sentei-me junto dos pais e disse: “A minha Alicinha está muito desperta. Já está à procura do leite e tudo”. Disse isto tocando com a tetina nos cantos da boca da bebé e no queixo, enquanto a Alice abria a boca na busca ativa pela tetina.

Enquanto dava o biberão à Alice, fui transmitindo aos pais informação de ações de suporte e estímulo à aquisição, pela Alice, de competências oro-motoras para a alimentação, como o posicionamento da bebé (alinhamento na linha média, contenção, apoio do maxilar), observar sinais de *stress* e prevenir o cansaço, controlar a temperatura do leite e adequar a tetina (tetina de baixo fluxo). E reforcei: “Minha princesa, isto de aprender a comer é só para os muito valentes!”. A mãe respondeu: “Oh Sra. Enfermeira é tão bom vê-la assim, tranquila, a beber o leiteinho. Mesmo que ela beba pouquinho, já consigo ver uma evolução”. Na verdade, foi necessário administrar a restante quantidade de leite pela sonda, com a Alice “aninhada” no peito da mãe, onde adormeceu, tranquilamente.

Dois dias depois, quando entrei para o turno da noite (20h), propus à enfermeira orientadora se seria possível eu ficar novamente responsável pelos cuidados da Alice e família, concordando a enfermeira e corroborando a intencionalidade da decisão. Na passagem de turno, foi transmitida a informação que a Alice tinha progredido muito bem e que já tinha ingerido, por duas vezes, a quantidade de leite prescrita, mas mantinha a sonda naso-gástrica. Foi ainda dito que os pais estavam “muito mais colaborantes e com à-vontade para prestar cuidados à Alice” e que de manhã “até quiseram dar o banho sozinhos e depois deram o biberão”.

No final da passagem de turno dirigi-me ao berço da Alice. O pai estava sentado no cadeirão com a pequena Alice junto do seu peito, a dormir tranquilamente. A mãe recebeu-me como um enorme sorriso, dizendo: “Enfermeira Carolina, sabe que hoje já foram os papás que me deram o banho. Já me deram o biberão e já consegui beber imenso leite. Estou mesmo uma crescida”. Rimo-nos e a conversa continuou, numa partilha entusiasmada e feliz de todos os momentos do último dia e na descrição de todas as conquistas da tríade. “Olhe Enfermeira Carolina, só para perceber... o pai até já limpa cocó”, partilhou a mãe, a rir.

Antes de ir embora, os pais da Alice chamaram-me para se despedire, a mãe, debruçando-se sobre o berço e beijando a filha, disse numa voz suave: “Os papás vão embora, mas fica com a “tia” Carolina que cuida muito bem de ti e te dá muitos miminhos”.

SENTIMENTOS

Esta vivência com a Alice e seus pais foi muito importante no meu percurso académico, profissional e pessoal. O relato desta experiência reaviva, em mim, o sentimento de motivação, intencionalidade e vontade genuína para cuidar da Alice e dos seus pais, no assumir de um compromisso humano, ético e deontológico (OE, 2005).

Num reconhecimento e valorização pela experiência emocionalmente desafiante, a minha prestação de cuidados alicerçou-se no suporte emocional aos pais da Alice, através de uma presença afetuosa e disponível, proporcionando a criação de um espaço promotor da expressão das emoções, facilitador da construção da confiança e do estabelecimento da relação. Também no sentido da gestão emocional dos pais da Alice, e, conseqüentemente, da promoção da vinculação, foi fulcral promover a interação entre pais e bebé, encarando a Alice como elemento ativo, elucidando e reforçando as suas competências para a interação.

A minha sensibilidade vigilante permitiu reconhecer o foco de preocupação e angústia parental no aspeto da autonomia alimentar da Alice e no seu ganho ponderal, assim como entender que dar o biberão à Alice ainda era algo perturbador e gerador de *stress*. No profundo respeito pela emocionalidade da vivência, percebi que ditar que o fizessem, sem a confiança e motivação suficientes, poderia estar a contribuir para reforçar os seus medos e inseguranças, exigindo a realização de um cuidado para o qual ainda não se sentiam orientados e competentes para tal.

Deste modo, intervi no sentido de apoio, orientação e capacitação dos pais para a aplicação de técnicas de alimentação e reconhecimento dos sinais da Alice. Mas, também, para que os pais encarassem a alimentação como um momento emocionalmente significativo, revestido de afeto, de encontro entre pais e bebé, enaltecendo a importância da qualidade da experiência da alimentação quer para a

Alice como para os próprios pais, resgatando a situação de uma visão tecnicista, redutora e procedimental.

Esta vivência de investimento e envolvimento afetivo com a Alice e os seus pais foi muito significativa para mim. Verifiquei como a atitude profissional de cuidado, atenção, disponibilidade, empatia e afetividade, têm potencial diferenciador na transformação do estado emocional dos pais, atenuando sentimentos negativos, promovendo um estado de maior tranquilidade e esperança, sendo estes decisivos na confiança depositada na equipa, no seu envolvimento nos cuidados e na promoção da vinculação.

Por fim, destaco os sentimentos de felicidade, contentamento e satisfação que me invadiram pela construção desta relação afetiva com os pais da Alice, pela evolução positiva da situação e pela possibilidade tão gratificante de ter podido apoiar e ajudar esta família na sua jornada emocional.

AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO

O facto de serem escassas as informações sobre os pais da Alice, o seu estado emocional e o seu envolvimento nos cuidados, fez-me procurar mais informações. Assim, na primeira interação, numa sensibilidade vigilante, fui observando as suas expressões emocionais, verbais e não-verbais, percebendo o seu estado emocional, para adequar as minhas ações e as estratégias a mobilizar.

O investimento numa ligação afetiva, de conhecimento mútuo e de confiança, a intenção de construção de um ambiente seguro, acolhedor e afetivo, alicerçado numa postura carinhosa e disponível, tornaram-se a minha pauta de interação com os pais da Alice. Foram determinantes efetivos facilitadores da expressão das suas emoções, do brotar as suas verdadeiras necessidades e da construção da estabilidade da relação (Diogo, 2015, 2019).

Consciente de que, para além da vivência emocionalmente perturbadora do nascimento de um filho prematuro, o ambiente de uma unidade de internamento pode ser compreendido, pelos pais, como um local frio, despersonalizado (Vilelas, Campos, Toledo, Fernandes, 2014; Altimier & Phillips, 2016) e que o recém-nascido prematuro, sendo muito díspar da ideia de um recém-nascido, entendido como menos atraente e difícil de compreender, pode gerar nos pais uma barreira à sua iniciativa e atitude

interativa, dificultando a construção do vínculo afetivo com o filho (Barros, 2001; Pety, Jarvis, Thomas, 2019), as estratégias de orientação dos pais para as competências da bebê, suas capacidades comunicativas e interativas individuais, de construção de situações interativas prazerosas e satisfatórias para pais e bebê (DGS, 2005), de forte componente emocional, foram recursos utilizados na gestão da emocionalidade dos pais.

Brotando dos princípios orientadores dos cuidados centrados na família (IPFCC, 2017; Smith, 2018), aliado a dádiva de afeto honesta e genuína, o suporte emocional, a partilha de informação e proporcionando o conhecimento e as aprendizagens individuais, foram elementos essenciais para que os pais se sentissem confortáveis, tranquilos, no desenvolvimento e acréscimo de confiança das suas competências parentais, assim como da sua motivação para integrar os processos de tomada de decisão e de participação ativa nos cuidados à Alice, promovendo a sua autonomia na gestão proficiente dos cuidados à bebê e do seu bem-estar (OE, 2017, Barros, 2001a)

Nesta experiência, tendencialmente de tonalidade negativa, a comunicação empática e o envolvimento emocional inerente ao cuidar, ajudaram os pais a uma integração da experiência subjetiva (Watson, 2012), através de uma visão externa, redefinindo os aspetos aparentemente negativos, enaltecendo momentos emocionalmente significativos, possibilitando atenuar ansiedades, medos, receios, permutando-os por um estado emocional de confiança, tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2015).

Toda esta intervenção de suporte emocional, orientação e capacitação parental, foram registadas em notas livres no sistema informático utilizado na instituição, inculcando em mim a responsabilidade de documentação dos cuidados prestados, onde os cuidados da dimensão emocional têm a mesma atenção e relevância dos de outras dimensões.

AGENDA

Esta experiência, pelo seu significado, através do processo reflexivo que impôs, conduziu a um aprofundar do meu autoconhecimento e do reafirmar da minha identidade profissional, fundada num respeito pela dignidade humana, numa vontade

genuína de cuidar da criança e família, assim como na valorização da experiência emocional associadas aos processos saúde-doença. E, no caso do recém-nascido prematuro, promovendo cuidados individualizados para o desenvolvimento e centrados na família, não só é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados, na transmutação de uma vivência de tonalidade negativa, numa experiência de tranquilidade e bem-estar da família e do bebê, como no valor preditivo da experiência para os eventos da vida futura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16, 230-244. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336916301118>.

Barros, L. (2001). O Bebê Nascido em Situação de Risco. In: Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235-254). Lisboa: Quarteto Editora.

Barros, L. (2001a). A Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In: Canavarro, M. C. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235-254). Lisboa: Quarteto Editora.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

Direção Geral de Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de Orientação para Profissionais de Saúde*. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008180.pdf>.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – Dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pety, J., Jarvis, J., Thomas, R. (2019). Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1911-1924. Doi: 10.1111/jocn.14807.

Smith W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. Doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.014.

Vilelas, J., Campos, L., Toledo, D., & Fernandes, A. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE XIV
– JORNAL DE APRENDIZAGEM
SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

Unidade Curricular
Estágio com relatório

Jornal de Aprendizagem

Serviço de Internamento Pediátrico

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA
Janeiro 2020

ÍNDICE

Descrição	2
Sentimentos	4
Avaliação, Análise e Conclusão	6
Agenda.....	7
Referências Bibliográficas.....	9

DESCRIÇÃO

Durante a passagem de turno, no serviço de internamento pediátrico, enfermeira transmitia informações referentes a Nicole (nome fictício), uma menina de 3 anos com queimaduras nos membros inferiores, em que a evolução clínica estava a ser positiva. A menina mostrava-se muito assustada, receosa à aproximação dos profissionais, acrescentando que “o pai é uma pessoa muito difícil. Não presta cuidados à menina, nem a comida é capaz de dar, tivemos de dizer que ele também tem de participar nos cuidados. Todos os dias tem um motivo de reclamação.”

Quando a passagem de turno terminou, a minha enfermeira orientadora propôs que ficássemos responsáveis pela Nicole, mas que era preciso ter calma com aquele pai, referindo: “Eu já o conheci. Não é nada simpático”. Pelos registos de enfermagem nos anteriores turnos, não havia qualquer registo sobre o estado emocional do pai ou de intervenções implementadas, apenas uma pequena nota sobre a necessidade de substituição do acompanhante (um pedido do pai que não se tinha concretizado).

Com a informação prévia sobre o estado emocional do pai da Nicole, fornecido na passagem de turno, dirigi-me ao quarto da Nicole, onde o pai se encontra sentado no cadeirão, com a atenção focada no telemóvel. A Nicole estava na cama, entretida entre os brinquedos e os desenhos animados que passavam na televisão. Num tom de voz suave, baixo e carinhoso, dirigi-me à menina: “Bom dia pequenina. Ai que boneca tão gira. Olá boneca da Nicole, eu sou a enfermeira Carolina. Será que tu queres tomar um banhinho?”. Voltando novamente o olhar para a menina, disse: “Oh Nicole será que a tua boneca quer tomar banho? Vamos dar um banho à tua boneca. Vou buscar uma bacia grande para a boneca dar mergulhos”. Neste momento, percebendo que o pai, escutava a minha conversa com a Nicole, dirigi-me a ele, cordialmente: “Bom dia. Sou a Enfermeira Carolina e durante a manhã, sou eu a responsável pelos cuidados à Nicole. O que precisar é só chamar. Vou buscar os utensílios do banho e um pijama lavado. Volto já”. O pai da Nicole apenas respondeu com um “Tudo bem. Obrigado”.

O banho decorreu entre mergulhos da boneca da Nicole, brincadeiras com a espuma, cócegas na barriga, festinhas nos braços e muitos “ai que maravilhosa que tu ficas com este pijama dos ursos!”. Quanto ao pai, permaneceu de pé, junto da cama, interagindo com a Nicole apenas quando esta solicitava que o pai prestasse atenção a qualquer coisa. No final, procurando disponibilizar uma maior variedade de

brinquedos à Nicole, perguntei ao pai se havia algum brinquedo que a menina mais gostasse. Ele espondeu: “Ela em casa anda sempre com os “bebés”. Foi à sala de atividades e trouxe um “bebé”, uma mantinha e utensílios para a “alimentação do bebê”, os quais foram objetos de distração e conforto durante muito tempo.

Passado algum tempo o pai da Nicole tocou à campainha e, quando a assistente operacional chegou ao quarto, este pediu que me chamasse. Quando cheguei ao quarto, o pai da Nicole disse que a menina tinha evacuado e que possivelmente tinha sujado os pensos. Prontamente, me dispus a trocar a fralda da menina, dizendo: “Vamos trocar a fraldinha. E só a fraldinha, não vamos mexer nos dói-dóis. E só trocar a fraldinha com muito jeitinho”.

A Nicole choramingou e chamou pelo pai que se aproximou junto da cabeça da menina e, dando-lhe um beijinho na testa, disse: “Já está Nicole. Não dói.”. Voltando-se para mim referiu: “Sabe ela não está habituada a que seja eu a fazer estas coisas. Ela é muito agarrada à mãe. É a mãe que está sempre com ela. Ela é que dá banho, troca fralda, dá comida. Eu trabalho o dia todo”. Com delicadeza, por não saber o motivo da ausência da mãe, esperei um momento. O pai, já sentado no cadeirão, com um olhar vago, verbalizou: “Isto está a ser muito difícil. A minha mulher internada lá em baixo, na unidade de queimados também; eu aqui, sem poder ir à visita. Ao telefone ela só chora, a perguntar pela menina. A Nicole aqui só chora pela mãe...”.

Durante aquela conversa consegui perceber que o acidente que tinha provocado as queimaduras da Nicole também tinha afetado a mãe da Nicole e que, desde do início do internamento (uma semana e meia), não via a esposa, só falando com ela pelo telefone. O registo de enfermagem que eu tinha lido no início do turno, sobre a substituição do acompanhante, era, então, o pedido do pai para que fosse substituído por uma tia da Nicole, durante três horas no período da tarde, para poder ir ver a esposa.

Recorrendo à enfermeira orientadora, expliquei a situação do pai da Nicole e toda a sua vivência emocionalmente desgastante, indagando sobre a possibilidade de uma substituição do acompanhante. A enfermeira, numa genuína compreensão com a singularidade da situação, percebeu que se teria de abrir uma exceção e permitir que o pai fosse substituído pela tia durante a tarde.

Quando transmiti ao pai que poderia para ir visitar a esposa e que a tia poderia vir acompanhar a Nicole durante a tarde, este, numa contida demonstração de entusiasmo, agradeceu e, rapidamente iniciou vários telefonemas para organizar a

visita. Algum tempo depois, estando eu na sala de enfermagem, o pai da Nicole veio ter comigo e num tom de voz calmo, sereno e simpático, verbalizou: “Sra. Enfermeira está tudo tratado. Eu já liguei à minha mulher a avisar que vou à visita. E a tia vem. Mas fiquei descansada Sra. Enfermeira, a Nicole dá-se muito bem com esta tia, está muitas vezes com ela e ela sabe cuidar muito bem da Nicole”. Transmiti-lhe a minha satisfação pela possibilidade de ir visitar a esposa, e que desejava que recuperasse rápido.

No final do turno, fui até ao quarto da Nicole. Estando a menina a dormir, despedi-me do pai desejando uma excelente visita.

Os turnos seguintes, em que fiquei responsável pelos cuidados à Nicole, foram uma agradável surpresa. O pai da Nicole mostrava-se calmo e tranquilo, dirigindo-se à equipa com simpatia, cumprimentando os profissionais quando entravam no quarto ou no corredor e agradecendo sempre que algo lhe era fornecido, numa mudança de atitude visível. A sua interação com a Nicole era, agora, afetuosa e carinhosa, confortando-a quando chorava, reagindo solícitamente e de modo interessado quando esta o chamava. Num desses turnos posteriores, quando entrei no quarto após os cuidados de higiene, o pai estava a escovar o cabelo da Nicole e a prender-lho com elástico coloridos e ganchos. Olhou para mim, divertido e disse: “Quem diria Sra. Enfermeira que eu ia acabar a fazer de cabeleireira”. Ambos rimos e eu disse: “E muitos parabéns, está a sair-se muitíssimo bem!”.

SENTIMENTOS

Esta vivência foi muito marcante no meu percurso emocional, humano e profissional.

As informações iniciais sobre o estado emocional do pai da Nicole, permitiram perceber uma pessoa pouco tranquila, irritada, assim como uma vivência associada ao processo saúde-doença de enorme perturbação e emocionalmente desafiante. Tal como se veio a confirmar, para além de ter de enfrentar a hospitalização da filha e da esposa, estava a fazê-lo de forma isolada, sozinho, gerando uma intranquilidade, ansiedade e angústia, as quais se estavam a expressar como agressividade.

No primeiro contacto com o pai da Nicole procurei ser cautelosa e cordial, numa consciente intenção de adaptar o meu agir de acordo com as mensagens emocionais,

expressões verbais e manifestações não-verbais. Mas olhar para aquele pai, de olhar baixo, como que “desligado do mundo”, construiu em mim um sentimento de compaixão, solidariedade, empatia emocional e disponibilidade para cuidar. A escolha pela interação com a Nicole, numa postura, calma, afetuosa, disponível e o sucesso desta interação, com a menina a participar prazerosamente nos cuidados, foi determinante para, em modo de influência mútua, conquistar a confiança do pai. Uma sensibilidade de compreensão e respeito pela sua decisão de envolvimento mínimo nos cuidados à filha, não lhe exigindo uma participação ativa, o que podia ser um fomento do seu desconforto, mal-estar e uma resposta emocional de tonalidade negativa.

A minha presença disponível e afetividade, foram promotoras de um ambiente seguro e afetuoso, o que permitiu que o pai da Nicole se sentisse apoiado, favorecendo a uma partilha emocional e a expressão das suas emoções, dúvidas, preocupações. Este momento foi deveras marcante para mim, pelo seu grau de exigência na adequação da resposta de suporte e apoio emocional a este pai em profundo sofrimento e angústia. A minha atitude, alinhada com um propósito de cuidar humano e genuíno, foi verdadeiramente decisiva para o desenvolvimento e consolidação da relação, baseada na confiança e no respeito pela dignidade humana.

Sinto que toda a minha intervenção e o meu empenho para encontrar uma solução, possibilitando a substituição do acompanhante, proporcionou a diminuição dos fatores de *stress* e a atenuação do seu sofrimento, alterando o seu estado emocional para um estado de maior tranquilidade, serenidade e bem-estar.

A gratificação e satisfação que me preencheram interiormente nos dias seguintes, ao ver o pai da Nicole mais confiante, calmo, uma melhoria da comunicação com os profissionais de saúde e o aumento da sua satisfação com a prestação dos cuidados, foram imensas. Mas presenciar a mudança de atitude do pai da Nicole para com esta, a sua disponibilidade para a interação com a filha, o seu envolvimento progressivo nos cuidados, o reforço da relação pai-filha e das suas competências parentais foi, definitivamente, das vivências emocionais mais marcantes desta experiência. Percebi a dimensão de como momentos prazerosos e gratificantes (como as interações pai-filha) tem potencial para atenuar a emocionalidade excessiva associada à doença e hospitalização, reduzir o sofrimento, conduzindo a um bem-estar, tranquilidade e conforto de pais e crianças.

E, neste sentido, também a experiência de hospitalização se revelou como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento, onde, de forma apoiada, o pai da Nicole teve a possibilidade de descobrir recursos internos para fazer face ao sofrimento, num incremento das suas competências parentais, da sua confiança e auto-perceção como ser competente e eficaz (Barros, 2003).

Por fim, percebo que a minha intervenção, ao viabilizar a compreensão da totalidade da vivência emocional do pai da Nicole, teve o potencial de estimular na equipa uma atenção para o desempenho do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, para um cuidar humano e afetivo.

AVALIAÇÃO, ANÁLISE E CONCLUSÃO

A avaliação desta experiência é muito positiva.

A compreensão que a vivência de hospitalização da criança pelos os pais é geradora de sofrimento, preocupação, necessidade de alteração de rotinas e adaptação do papel parental às exigências desta situação, fez-me perceber o desgaste emocional deste pai, numa clara valorização da sua vivência emocional (Watson, 2012). A minha sensibilidade vigilante foi facilitadora da perceção do seu estado emocional, no reconhecimento das suas necessidades emocionais e na capacidade de adequar a minha atitude e intervenção.

A implementação de estratégias de gestão emocional, como a dádiva de afeto, presença disponível, empatia, escuta ativa, comunicação adequada, partilha de informação honesta e clara, negociação e decisão partilhada (Diogo, 2015, 2019; IPFCC, 2017), permitiram fornecer apoio e suporte emocional ao pai da Nicole, regulando a sua emocionalidade e atenuando as disrupções emocionais, promovendo a sua capacitação de gerir as próprias emoções e mobilizar recursos de enfrentamento da situação.

Todavia, é importante refletir na maneira como a transmissão da informação foi perceptível, como os enfermeiros perspetivaram o envolvimento do pai da Nicole nos cuidados à filha, e posteriormente, o modo como foi documentada toda a intervenção realizada.

Embora a importância do envolvimento dos pais nos cuidados não possa ser refutada, é importante perceber que nem todos vão querer participar de igual modo

(Uhl, Fisher, Docherty, Brandon, 2013). O modo como foi operacionalizado, numa transferência inapropriada de responsabilidade, pouco beneficiou a criança e o pai, criando uma fonte de *stress* extra para o pai. A participação dos pais nos cuidados deve ser sustentada numa comunicação adequada entre pais e enfermeiros, na definição de papéis de cuidados e no acordo quanto ao tipo de envolvimento familiar, o qual pode variar de nenhuma participação até ao controlo total (Sousa, Antunes, Carvalho e Casey, 2013). O respeito pela escolha do pai do seu grau de envolvimento, abandonando uma posição prescritora por uma atitude de colaboração, permitiu que este fosse, de forma pacífica, gerindo o seu grau de conforto na prestação de cuidados, realizando os cuidados em que se sentia confiante e motivado para realizar.

Por último, torna-se relevante expor que o registo dos cuidados de enfermagem prestados de apoio e suporte emocional ao pai da Nicole, ficaram apenas registados em “notas gerais”, não se refletindo na elaboração de diagnósticos ou intervenções no sistema informático. A escassa documentação do trabalho emocional em enfermagem leva à sua invisibilidade e à invisibilidade dos seus resultados, perdendo-se o âmago dos cuidados de enfermagem de dimensão emocional (Diogo, Rodrigues, Sousa, Caeiro, Fernandes, & Fonseca, 2017).

AGENDA

Com esta experiência, a linha orientadora do meu percurso académico e profissional reaviva-se, advogando um cuidado humano e afetivo, num reforçar da importância de valorizar e incorporar a dimensão emocional dos cuidados de enfermagem a par com as outras dimensões, na transmutação do impacto emocional associado aos processos saúde-doença, de forma a influenciar de forma positiva a experiência vivida por crianças e famílias, proporcionando o alívio do sofrimento e o incremento da saúde e do bem-estar.

Como nos relembra Collière “apreender as emoções, as formas de sentir, perceber a sua relação com os factos vividos e constatados permite tê-las em consideração ao mesmo título que outros aspectos da situação” (2003, pág. 159). Torna-se, assim, evidente que são as emoções que dão intencionalidade aos cuidados de enfermagem, sendo as suas intervenções o caminho e a meta, dando

ênfase e emoção ao próprio cuidar, valorizando e preenchendo a indiferença dos meros “cuidados técnicos” (Diogo, 2006).

Da reflexão desta experiência resultou, também, a motivação para a elaboração de um documento sobre a **DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM** (Apêndice XV), que consubstancia uma proposta de reflexão e orientação para o registo dos cuidados de enfermagem relativos ao desempenho do trabalho emocional com foco na família, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CIPE/ICNP® (2003) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão β2* (2ª edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

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

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M. J., Fernandes, N., Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. In: Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

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. Doi: 10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142.

Uhl, T., Fisher, K., Docherty, S. L., Brandon, D. H. (2013). Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents. *Jognn*, 42, 121-131. Doi: 10.1111/1552-6909.12001.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC

.

APÊNDICE XV
– DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Unidade Curricular
Estágio com relatório

Documentação dos cuidados de enfermagem

**Gestão da emocionalidade da família enquanto intervenção
de enfermagem no contexto de Internamento Pediátrico**

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA
Dezembro 2019

ÍNDICE

Nota Introdutória.....	2
1. Documentação dos cuidados de enfermagem na gestão da emocionalidade da família.....	3
2. Registos de Enfermagem para as respostas emocionais dos cuidadores familiares.....	6
Referências Bibliográficas.....	9

NOTA INTRODUTÓRIA

A documentação dos cuidados de enfermagem (registos de enfermagem) é um elemento constante no quotidiano da prática de enfermagem. Através desta, é possível garantir uma continuidade nos cuidados prestados, ter um documento jurídico-legal, conseguir dados para investigação e desenvolvimento da disciplina e ser uma ferramenta útil no ensino e na aprendizagem (Leal, 2006).

Em Enfermagem Pediátrica pressupõe-se a existência de uma documentação de cuidados de enfermagem que integre as necessidades de cuidados da criança e família, as intervenções e os resultados obtidos pelos clientes, sensíveis às intervenções de enfermagem (OE, 2017).

O reconhecimento do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica exige uma atenção e reflexão sobre a documentação destes cuidados, quer como imperativo deontológico e legal, quer como possibilidade de revelar e valorizar a dimensão emocional de cuidar em pediatria, as intervenções a este associadas, o seu potencial terapêutico e os ganhos em saúde alcançados.

A gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança nos processos saúde-doença foi a temática que serviu de fio condutor a este percurso de estágio por mim realizado e, deste modo, emergiu a necessidade da documentação correta, da avaliação realizada, das intervenções implementadas e dos resultados alcançados no desempenho do trabalho emocional com foco na família. Tendo sido em cada contexto, em conjunto com os enfermeiros, foco de reflexão e análise, a sua pertinência assumiu lugar de destaque no meu contexto de prática clínica.

Deste modo, surgiu a elaboração deste documento de trabalho, como instrumento orientador da documentação dos cuidados de enfermagem na gestão da emocionalidade da família, integrado no projeto de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem deste serviço/instituição. Para a sua realização, foi determinante a participação na **ação de formação – “Documentação dos cuidados de enfermagem”** (Anexo VII), onde tive oportunidade partilhar e esclarecer dúvidas com os enfermeiros da instituição responsáveis pela temática; a pesquisa bibliográfica realizada, e a riqueza da reflexão em conjunto com a minha enfermeira orientadora.

1. DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA EMOCIONALIDADE DA FAMÍLIA

O Cuidar assume-se, atualmente, como conceito central na identidade da Enfermagem influenciando a teoria, a investigação, a prática e o ensino (Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves, Cantarino, 2016), agregando uma perspetiva holística e humanista e numa valorização da singularidade individual dos processos saúde-doença (Watson, 2012) um cuidar que incorpora múltiplas dimensões, entre as quais a dimensão emocional, não podendo, assim, a enfermagem permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas, sendo estas os alicerces da autenticidade e honestidade do cuidar (Watson, 2012).

Em Enfermagem Pediátrica a valorização da experiência emocional dos clientes – criança/família (OE, 2017) - nos processos saúde-doença exprime, por parte dos enfermeiros, uma sensibilidade, abertura e compreensão das emoções da criança e família, como das suas próprias emoções (Diogo, 2019). Percebendo que a ansiedade e tensão familiar podem ser, também, catalisadores da ansiedade da criança (Barros, 2003), a gestão da emocionalidade da família assume o seu potencial terapêutico, quer como objetivo direto, promovendo na família o sentimento de serem respeitados e considerados e, fundamentalmente, de serem cuidados, gerando um estado emocional de tranquilidade, confiança e bem-estar (Diogo, 2015) que, numa lógica de contágio emocional (Barros, 2003), pode ser determinante na gestão da emocionalidade da própria criança.

Potencialmente perturbadora, a emocionalidade experienciada pela família associada à doença e hospitalização da criança (Sanders, 2014), deve ser reconhecida e valorizada pela Enfermagem, num processo de cuidados humanos e afetivos (Diogo & Baltar, 2014), com a implementação de intervenções que permitam minimizar a sua intensidade (Diogo, 2015, 2019), afigurando-se esta experiência como uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação e condicionante fulcral de experiências que lhe procedem (Barros, 2003).

Desde modo, o enfermeiro tem como responsabilidade incentivar a sua permanência junto da criança, a promoção do papel parental, a escuta das suas preocupações medos e ansiedades e o esclarecimento das suas dúvidas (IAC, 2009), implementando, na sua prática diária, intervenções terapêuticas e autónomas de enfermagem na gestão da emocionalidade da família que acompanha a criança, as

quais permitem a transformação de eventos emotivos perturbadores em vivências mais saudáveis, positivas (Diogo, 2015, 2019).

Os cuidadores familiares apresentam, transversalmente, como necessidades (associadas a respostas emocionais):

- Informação;
- Repouso;
- Acolhimento;
- Expressão de preocupações e alívio emocional;
- Estar próximo e promover o conforto da criança;
- Discussão sobre a situação clínica da criança;
- Garantir a segurança da criança.

(Diogo, Rodrigues, Lemos e Sousa, Caeiro, Fernandes, Fonseca, 2017; Pety, Jarvis, Thomas, 2019; Jorge, 2004, Sanders, 2014).

Embora a variabilidade seja intrínseca ao cliente e à situação específica, a identificação das necessidades de dimensão emocional do cuidador familiar permite a formulação de diagnósticos e a adequação das intervenções a implementar e de estratégias como:

- Dádiva de afeto;
- Providenciar suporte emocional;
- Mostrar disponibilidade;
- Escuta ativa;
- Fornecer informação e orientações;
- Negociação e decisão partilhada;
- Promover o papel parental.

(Diogo, 2015, 2019; Smith, 2012).

No entanto, quando nos debruçamos sobre a nossa prática, percebemos que os registos de enfermagem nem sempre refletem os cuidados prestados (Leal, 2006). Muito embora os enfermeiros desenvolvam intervenções de dimensão emocional com foco nos cuidadores familiares na sua prestação diária de cuidados, com resultados visíveis, embora não quantificáveis, o reportamento apresenta essencial destaque nas passagens de turno (Diogo *et al.*, 2017), não tendo significativa expressão nos registos de enfermagem (Martins *et al.*, 2008).

Deste modo, apresenta-se uma proposta de diagnósticos e intervenções, integrados na CIPE® versão beta 2 (CIPE, 2003), para o registo de enfermagem das

respostas emocionais dos cuidadores familiares no sistema informático em uso no serviço de internamento. Relembrando a possibilidade de estes serem clarificados e pormenorizados com recurso a “Associar nota” ou “Notas gerais”.

Neste âmbito, os registos devem demonstrar-se uma apreciação individualizada das necessidades emocionais dos cuidadores familiares que acompanham a criança, tal como as intervenções implementadas e os resultados obtidos. A utilização deste documento e da linguagem CIPE® proporciona uma uniformização da comunicação entre os enfermeiros com as restantes equipas de saúde, promovendo o reconhecimento das necessidades emocionais dos cuidadores familiares.

Deste modo, procura-se a valorização e documentação explícita do trabalho emocional dos enfermeiros, traduzindo a centralidade do cuidar humano e afetivo, com foco na melhoria dos cuidados prestados e dos ganhos em saúde decorrentes do trabalho emocional em enfermagem, dando visibilidade ao desempenho dos enfermeiros, da sua autonomia e responsabilidade profissional.

2. REGISTOS DE ENFERMAGEM PARA AS RESPOSTAS EMOCIONAIS DOS CUIDADORES FAMILIARES

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Papel Parental	Papel parental comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar papel parental; • Orientar para o serviço de saúde; • Apoiar papel parental; • Informar para o papel parental; • Promover papel parental; • Negociar o papel parental; • Incentivar desempenho do papel parental.

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar processo familiar; • Otimizar processo familiar; • Orientar para a terapia familiar; • Otimizar comunicação; • Incentivar o envolvimento da família; • Apoiar a família a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes; • Negociar o processo familiar; • Incentivar o apoio / suporte da família.

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Ansiedade	Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ansiedade; • Otimizar ambiente físico; • Encorajar expressão de crenças; • Gerir ambiente; • Escutar; • Disponibilizar suporte emocional; • Vigiar comportamento; • Assistir na ansiedade; • Encorajar o autocontrolo: ansiedade; • Vigiar resposta comportamental; • Incentivar a comunicação de emoções; • Incentivar o apoio / suporte da família;

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a expressão de medos; • Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta; • Incentivar envolvimento do prestador de cuidados • Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta; • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta; • Orientar prestador de cuidados para o serviço social; • Encorajar a requerer informação; • Encorajar ação; • Incentivar a comunicação de emoções; • Encorajar tomada de decisão; • Encorajar interação de papéis; • Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade; • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde; • Avaliar papel de prestador de cuidados; • Encorajar expressão de crenças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CIPE/ICNP® (2003) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão β2* (2ª edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Diogo, P. & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: o trabalho emocional em enfermagem. *E-Book do IV Congresso Internacional ASPESM*, 148-160.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Caeiro, M. J., Fernandes, N., Fonseca, R. (2017). Diagnósticos de enfermagem focados nas respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada: do discurso ao registo no sistema informático. In: Diogo, P. (2017) (coord.). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª edição). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Palmigráfica.

Leal, T. (2006). *A CIPE® e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.

Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., . . . Santos, R. M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52-61.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.

Pety, J., Jarvis, J., Thomas, R. (2019). Understanding parents' emotional experiences for neonatal education: A narrative, interpretive approach. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1911-1924. Doi: 10.1111/jocn.14807.

Queirós, J., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M., Cantarino, S. (2016) Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(10), 85-94. Doi: org/10.12707/RIV16022.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização In Hockenberry, M. e Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025 – 1060). Loures: Lusodidata.

Smith, P. (2012). *"The emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?"* (2ª edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE XVI

– ACOLHER A FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

Unidade Curricular
Estágio com relatório

Acolher a Família em contexto de Internamento
Pediátrico

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

LISBOA
Dezembro 2019

ÍNDICE

Nota Introdutória.....	2
1. Fundamentação	3
2. Guia de Acolhimento - Informação para pais e acompanhantes.....	5
Referências Bibliográficas.....	9

NOTA INTRODUTÓRIA

A hospitalização é um momento gerador de ansiedade na criança e sua família, entendido como uma experiência de tonalidade negativa (Jorge, 2004; Diogo, 2015). Para a família que acompanha a criança, esta situação acarreta sentimentos de culpa e inutilidade e falta de controlo, agravados pela falta de informação e a adopção de um papel passivo (Barros, 2003).

Deste modo, ações que diretamente visem a disponibilização de informação clara e objetiva à família, têm o potencial de minimizar a imprevisibilidade dos acontecimentos, reduzir a discrepância entre o esperado e o vivido e aumentar a capacidade de compreender e interpretar a experiência, apoiando a família na regulação da emocionalidade excessiva da família, permitindo um acompanhamento mais saudável à criança neste processo saúde-doença (Barros, 2003; Diogo, 2015, 2019; Villa, Silva, Costa, Camargo, 2017).

Neste sentido, no contexto de serviço de internamento pediátrico, foi reconstruído o **GUIA DE ACOLHIMENTO - INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES**, documento entregue no momento da admissão ao serviço. Pretende, para além de um fornecimento de informação inicial dirigida à família, para que esta consiga alcançar uma compreensão e controlo sobre o contexto e a situação, assumir-se como uma forma de apoio, uma receção de boas-vindas, revestida de uma afetividade nas palavras, que enaltece a relação terapêutica e possibilita que a família se sinta reconhecida, cuidada e elemento ativo na equipa de saúde.

Este Guia de Acolhimento foi entregue à Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Internamento Pediátrico, apresentado à equipa de enfermagem, submetido e aprovado pelo Gabinete de Comunicação e Imagem do Hospital, respeitando o esquema visual e informativo dos documentos de informação aos clientes do hospital, integrado no Projeto de Melhoria da Qualidade do Serviço e do Hospital.

1. FUNDAMENTAÇÃO

A experiência de hospitalização em idade pediátrica revela-se como uma vivência potencialmente perturbadora, sendo reconhecido como um momento de crise para a família, exigindo um reajuste da dinâmica familiar (Jorge, 2004). Perante esta situação, a família é confrontada com novas exigências, alterações às suas rotinas e necessidades de readaptação, que podem desencadear sentimentos de ansiedade, medo, frustração, raiva ou culpa (Sanders, 2014).

No reconhecimento deste acontecimento como uma experiência de tonalidade negativa, existe a necessidade de os enfermeiros mobilizarem estratégias de atenuar esta emocionalidade excessiva da família, percebendo o seu potencial terapêutico, tanto na gestão da emocionalidade da família como na gestão das emoções da própria criança (Diogo, 2015, 2019; Barros, 2003).

O Acolhimento assume-se como a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e família, quando a chegada ao serviço de internamento pediátrico, o qual deve ser valorizado e ser alvo de investimento na ação dos enfermeiros. Estes, conscientes da experiência emocional que a hospitalização da criança induz, numa aceitação e respeito pela subjetividade da vivência para cada família, têm a possibilidade de promover um acolhimento humano, individual e adaptado às particularidades de cada cliente (Watson, 2012) e que em muito transcende protocolos e normativas estereotipadas. Assim, é necessário que o enfermeiro recorra a uma comunicação empática, afetuosa, aberta, favorecedora da compreensão e da resposta adequada a famílias em situação de grande ansiedade, dúvida, tensão e medo (Barros, 2010).

O estabelecimento de um primeiro contacto acolhedor, caloroso e afetivo com a criança e a família, exhibe-se como uma oportunidade primordial de suscitar confiança e proximidade entre a família e a equipa, condicionante positivo da relação terapêutica e de toda a prestação de cuidados (Curado, 2006; Diogo, 2015). Assim, os enfermeiros que recebem a criança e a família no serviço de internamento devem, na admissão ao serviço, apresentar-se pelo nome, as suas funções e competências, mostrar as instalações do serviço, gerando um ambiente terno, simpático e de boas-vindas (Diogo, 2015). Deve, também, atribuir espaço para que a criança e a família se apresentem e se dêem a conhecer, possibilitando numa recolha de dados singulares, hábitos e comportamentos específicos da criança e família (Curado, 2006), numa

dinâmica de partilha, reciprocidade e envolvimento afetivo, alicerces base para a construção da relação (Diogo, 2015).

Na intenção amorosa dos enfermeiros no cuidado à família que acompanha a criança (Watson, 2012; IPFCC, 2017), existe o profundo respeito quer pelo o suporte emocional efetivo, quer pelo seu direito a serem informados e a participar ativamente nos processos de tomada de decisão e nos cuidados prestados à criança (Barros, 2003; IAC, 2009, OE, 2015). O acolhimento é, também, o momento em que é fornecida informação, à criança e à família, sobre padrões de funcionamento do serviço e dinâmica da prestação de cuidados.

O **GUIA DE ACOLHIMENTO** e a sua entrega na admissão, integra um conjunto de ações inerentes ao ato de acolher a criança e a família, assegurando que estes recebem esclarecimentos claros e específicos “sobre o que podem e devem fazer, em que momentos, locais, condições, etc., assim como o que podem esperar de cada profissional.” (Barros, 2003, pág.91), sem negligenciar a forma como os conteúdos são apresentados, na transmissão de uma mensagem de acolhimento, suporte e apoio efetivo à experiência emocional da família.

A disponibilização de informação de modo afetuoso, durante todo o internamento, mas em particular no momento da admissão, é um elemento fulcral para que a família adquira compreensão sobre os acontecimentos, recupere controlo e domínio sobre a situação, sentindo-se cuidados, confiantes, seguros e calmos, reduzindo sentimentos de incerteza nesta fase de adaptação à hospitalização (Barros, 2003; Jorge, 2004; Sanders, 2014; Diogo, 2015; IPFCC, 2017; Vila, Silva, Costa, Camargo, 2017).

Inscrevendo-se, claramente, no âmbito das intervenções de enfermagem de gestão emocional de antecipação, o fornecimento de informação, orientação e suporte à família, tem potencial de minimizar o *stress*, o desconforto e o sofrimento, promovendo a confiança e o bem-estar da família e da criança (Diogo, 2015) e incrementando a relação terapêutica. Possibilita, também, que a família se sinta reconhecida, valorizada, cuidada e elemento ativo na equipa de saúde, promovendo o processo de adaptação dos pais à hospitalização, o exercício do seu papel parental e tendo repercussões positivas em experiências futuras de processos saúde-doença (Barros, 2003; OE, 2015; Diogo, 2015, 2019).

2. GUIA DE ACOLHIMENTO - INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES

INFORMAÇÃO PARA PAIS E ACOMPANHANTES

ESTIMADOS PAIS BEM VINDOS À NOSSA UNIDADE!

GUIA DE ACOLHIMENTO



Sabemos que o internamento do/a _____ é uma experiência de incerteza e dúvida. Nós, equipa de saúde, estaremos ao seu lado para apoiar todo este percurso, superando os desafios e encontrando forças e capacidades muitas vezes desconhecidas.

Este Guia de Acolhimento foi construído a pensar em vocês, no vosso bem-estar, ajudando a conhecer as rotinas da unidade e para que rapidamente se integrem e participem nos cuidados à criança.

COLABORE CONNOSCO

A UNIDADE

A Unidade de Cirurgia Pediátrica 5.3/Unidade de Queimados situa-se no 1º piso, na ala esquerda do edifício principal. Tem capacidade para 14 crianças na Unidade de Cirurgia Pediátrica, fazendo também parte desta Unidade uma área reservada a crianças/jovens queimados.

A EQUIPA



INFORMAÇÕES SOBRE O ACOMPANHAMENTO À CRIANÇA

PAIS / ACOMPANHANTES

A sua criança tem direito a **dois (2)** acompanhantes, os quais serão definidos no momento da admissão e a quem será entregue **Cartões de Acompanhante** (pessoais e intransmissíveis).

No período do dia (**8h – 21h**) podem ficar ambos os acompanhantes, mas no período da noite (**21h – 8h**) apenas pode ficar um.

Existe um **cadeirão** junto da cama da criança que permitirá o acompanhante descansar durante a noite.

Existe um espaço na Unidade com **cacifos** onde poderão arrumar os objetos pessoais.

Solicite a chave a um elemento da equipa e devolva-a no final do internamento.

Por favor, **não** deixe objetos pessoais na unidade da criança, porque **não** nos podemos responsabilizar por eles.

INFORMAÇÕES SOBRE AS REFEIÇÕES DOS PAIS/ACOMPANHANTES

Pode realizar as suas refeições no **refeitório** ou nos **bares** do hospital.

Refeitório: Almoço – 14h às 15h; Jantar – 19h às 21h.

Bar: 7h às 23h (2º piso), 7h30 – 17h30 nos dias úteis (jardim).

Existem ainda máquinas de venda automática de comida/bebidas (pisos 0).

O acompanhante **isento do pagamento de taxas moderadoras**, que permaneça junto da criança 8h/dia, tem direito a refeição gratuita (almoço e jantar—senha de refeição) no refeitório quando:

- a criança internada se encontre em perigo de vida;
- A criança internada encontre no período pós-operatório e até 48 horas após a cirurgia;
- o acompanhante seja a mãe e esteja a amamentar;
- a criança esteja em isolamento e/ ou o acompanhante resida a mais de 30Km do hospital.

(Lei n.º 15/2014, de 21 de março)

INFORMAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA E VISITAS

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

A alimentação da sua criança poderá fazer parte do seu tratamento. Respeite as indicações do médico, dos enfermeiros e da dietista.

Não forneça à sua criança qualquer alimento do exterior sem o consentimento dos profissionais de saúde. Se houver algo que a criança não possa comer por motivos religiosos ou culturais, por favor, informe o enfermeiro.

Sempre que possível a criança deve fazer as refeições na **sala de actividades**.

VISITAS

Todos os dias a criança pode receber visitas das 14h às 16h e das 18h às 19h. Junto da criança poderão estar, neste período, **três pessoas** em simultâneo.

Aconselhamos que faça a gestão das visitas de forma a proteger a criança.

A visita de crianças com menos de 12 anos não é aconselhada. Os irmãos poderão visitar a criança, desde de que não estejam doentes, com autorização do enfermeiro.

RECOMENDAÇÕES

CONSELHOS DA EQUIPA

Para a criança é muito importante que os pais continuem a cuidar dela no internamento.

Sintam-se à vontade para colaborar com a equipa:

- nas brincadeiras
- na alimentação
- nos cuidados de higiene
- nos tratamentos

A **Segurança** da criança também depende de si

- Lave sempre as mãos, antes e após cuidar da criança;
- Mantenha a unidade arrumada, coloque os objetos no cacifo;
- Certifique-se que a criança tem pulseira de identificação em bom estado de conservação e com os dados visíveis;
- Mantenha as grades da cama levantadas;
- Obtenha informação sobre a criança com médico ou enfermeiro. Por segurança não são dadas informações pelo telefone;
- Sempre que se ausentar da unidade, informe o enfermeiro; e certifique-se que a porta fica fechada, zelando para a segurança de todos.

INFORMAÇÕES ÚTEIS

Quando a sua criança tiver alta, certifique-se que:

- Tem todas as informações e documentos que necessita sobre a criança como a dieta ou cuidados/ tratamentos que seja necessário fazer em casa.
- Tem consulta de seguimento marcada e relatório para médico assistente.
- Entregou os cartões de identificação e a chave do armário.

Sempre que quiser fazer um **elogio, comentário, sugestão ou reclamação** podem enviar por carta ou email para o Gabinete do Cidadão ou usar o livro de reclamações (disponível na admissão da Urgência ou no Apoio social).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Barros, L. (2010). Família, saúde e doença intervenção dirigida aos pais. *Alicerces*, III (3), 207-221. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/768>.

Curado, A. (2006). Acolher... É Receber... É Dar... É Partilhar... In Santos, L. (coord.), *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no hospital* (pp. 22-24). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª edição). Loures: Lusodidacta.

Diogo, P. (2019). *Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista)* (Working Paper). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista.

Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017). Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospital: how to get started. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.

Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. (2ª edição). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Palmigráfica.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE 1 (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização In Hockenberry, M. e Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025 – 1060). Loures: Lusodidata.

Villa, L.L.O., Silva, J.C., Costa, F.R., Camargo, C.L. (2017). The perception of the companion of the humanized care in a pediatric intensive care unit. *Rev Fund Care Online*, 9 (1), 187-192. Doi: 10.9789/2175-5361.2017v9i1.187-192.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd Ed.). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE XVII
– DIÁRIO DE CAMPO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

**Unidade Curricular
Estágio com relatório**

Diário de Campo

Centro de desenvolvimento infantil

Ana Carolina Rito, N.º 935

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

**LISBOA
Fevereiro 2020**

DIÁRIO DE CAMPO – CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SEGUIMENTO TERAPÊUTICO

A Enfermeira dirigiu-se à sala de espera e, simpaticamente, cumprimentou a mãe do Rodrigo (nome fictício), dizendo em tom firme e afetuoso: “Bom dia, Rodrigo. Vamos brincar? Por aqui”. Abrindo a porta de acesso ao corredor de acesso aos gabinetes, fez um movimento de convite à entrada da mãe e da criança.

Sempre com um sorriso e tom de voz alegre, a enfermeira foi dirigindo a conversa para o Rodrigo: “Vamos para a nossa sala brincar, vamos?”.

Na entrada da sala, a enfermeira pediu à mãe do Rodrigo para se sentar numa pequena cadeira colocada no espaço dedicado à interação com a criança. A mãe verbalizou que o Rodrigo se tem portado muito bem os últimos dias, achando que pode estar a ficar doente, por apresentar um comportamento tão calmo. De modo espontâneo revela que o pai do Rodrigo ficou na sala de espera, “ainda não consegui vir sozinha desta vez.”

O Rodrigo apresenta desenvolvimento estado-ponderal adequado à idade, bem cuidado, com *jeans* justos, ténis de formado rígido e com várias camadas de roupa, *collants* (“ainda está muito frio” sic. mãe do Rodrigo).

De modo quase imediato, o Rodrigo percebeu que estava em cima da secretária da enfermeira um hámster de pelúcia, com o qual tinha brincado na sessão anterior. A enfermeira questionou: “Rodrigo ainda te lembravas dele? Tu gostaste mesmo desse hámster”. A mãe interveio, referindo: “Ele tem excelente memória”. A enfermeira, dando continuidade à brincadeira selecionada pela criança, começou a fazer “festinhas” no boneco. A criança olhou para ela de modo fugaz e iniciou a busca por outros brinquedos. A enfermeira pegou no hámster e, elevando o tom de voz, procurou retomar o foco do Rodrigo na brincadeira que estava a decorrer, dizendo: “Festinhas no hámster. Ai que lindo que é. Um beijinho”. O Rodrigo voltou a olhar para o peluche e pegando nele, dirigiu-se para outro canto da sala para ir ao encontro de outros brinquedos. Este peluche manteve-se na sua mão durante quase toda a sessão, mesmo quando brincava com outros brinquedos.

A enfermeira foi buscar outros brinquedos para iniciar uma nova interação com o Rodrigo, mas quando esta os colocou no chão à sua frente e chamou a sua atenção para estes, o Rodrigo reagiu com alguns pontapés nos brinquedos, espalhando-os na sala. A mãe, prontamente, ralhou: “Rodrigo ai, ai. Isso não!”. A enfermeira disse “Aqui

ralhamos pouco” (brincar mais livremente, não condicionando o comportamento), deixando o Rodrigo “fazer disparates”.

A enfermeira propôs brincar “fazer comida”, brincando com uma panela, colher, prato e copo, solicitando ao Rodrigo que fizesse uma comida para dar à mãe. O Rodrigo mostrou-se participativo, mexendo com a colher na panela, mas não foi partilhá-la com a mãe. A enfermeira repetiu “vai dar amamã”, mas só após algumas repetições o Rodrigo foi levar um prato à mãe, a qual participou de forma discreta, parecendo pouco à vontade por estar a brincar.

O Rodrigo, com um cavalo na mão, procurou uma pequena casa de bonecas para o colocar. A enfermeira foi buscar uns carrinhos e fazendo o barulho do carro em andamento, iniciou a brincadeira de andar com os carrinhos pelas pernas do Rodrigo, estacionando-os na casinha. O Rodrigo observou atentamente a brincadeira, mas não aderiu e quando pegou nos carrinhos colocou-os apenas dentro da casa.

Durante toda a interação a mãe foi partilhando algumas aquisições do Rodrigo, dizendo que ele em casa é muito atento a tudo o que se passa à sua volta, que percebe a maior parte das solicitações e que já diz algumas palavras (pai, mãe, não...) de forma clara. Quando a enfermeira destacou a necessidade do Rodrigo em ter momentos de brincadeira e que estes sejam partilhados com a família, a mãe prontamente respondeu que havia muitos momentos desses em casa, mas que o Rodrigo era “muito bruto” e privilegiava brincadeiras mais físicas, principalmente com o pai, a quem frequentemente mordida nestes momentos. Ao que o pai respondia “Vai lá morder à mãe também”.

Embora notório a forma espontânea com que conversava com a enfermeira, a mãe foi sempre contrapondo as propostas da enfermeira e as hipóteses/soluções apresentadas, afirmando já ter passado por muito, conhecer muito bem o filho e já ter experimentado todas as estratégias.

A mãe relatou, também, dormir entre 3-4h por noite porque o Rodrigo choraminga e que o menino mantém a dormir na sua cama, passando o pai a dormir no sofá. Verbalizou que o Rodrigo dorme bem desde que acompanhado, só que não consegue colocá-lo a dormir no quarto das irmãs porque estas têm de ir trabalhar e para as aulas. Foi proposto à mãe fazer uma escala para dormir com o Rodrigo.

A mãe mostrou-se satisfeita com a intervenção da terapeuta da intervenção precoce, mas esta não consegue realizar um apoio consistente com o Rodrigo no colégio porque a educadora “não gosta do Rodrigo, nunca fez nada por ele”. Quem

apoia o Rodrigo no colégio são as auxiliares de educação”. A mãe do Rodrigo deu a entender já ter tido alguns desentendimentos com a educadora e que gostaria de o mudar de estabelecimento de ensino (também porque a prestação é elevada) mas o ensino público só aceita meninos que já não usam fralda. A terapeuta da intervenção precoce já procurou ajudar a mãe, mas não realizou nenhum movimento autonomamente nesse sentido.

A mãe partilhou, também, a ida à consulta de desenvolvimento num outro hospital, onde o médico lhe propôs que fizesse testes genéticos ao filho, por este ser “deficiente”. A mãe não quer voltar a esta consulta. Posteriormente, foi à consulta de desenvolvimento de mais um hospital, sendo encaminhada para um centro de psiquiatria infantil, ao qual irá para reavaliação.

Durante toda a sessão o Rodrigo não proferiu nenhuma palavra e o único som que fez foi de zanga, quando a enfermeira reteve a bola com a qual faziam um jogo de a rolar num escorrega. Esta atividade foi a que despertou maior interesse do Rodrigo, na qual se manteve durante um período de tempo significativo, num primeiro momento acompanhado pela enfermeira e, num segundo momento, solitariamente.

O movimento de procura de contacto com a mãe, por parte do Rodrigo, foi recorrente, mas também existiu reciprocidade na forma continuada de toque no Rodrigo, por parte da mãe (mexer no cabelo, pegar na mão), sempre que a criança estava por perto. Mesmo concentrada a conversar com a enfermeira, a mãe do Rodrigo procurava estar em contacto físico com o filho.

No final da sessão, a mãe voltou a frisar que o Rodrigo tinha competências que só mostrava em casa, que percebia tudo à sua volta e que tinha atitudes de um adulto. Quando a enfermeira sugeriu que podia ser por imitação dos adultos que o rodeavam, a mãe prontamente disse que “ninguém lá em casa é assim. É mesmo dele, é torto.”.

A enfermeira concluiu a sessão com a negociação de marcação de nova data de sessão e, posteriormente, levantou-se e solicitou ao Rodrigo que devolvesse os brinquedos da sala de sessão, o que foi prontamente realizada pelo Rodrigo. A enfermeira abriu a porta e disse em tom alto e expressivo: “Adeus Rodrigo. Um beijinho. Adeus”. O Rodrigo e a mãe saíram, sem se despedir ou olhar para atrás.

ANEXOS

**ANEXO I -
TEORIA DO CUIDAR JEAN WATSON**

Na sua **teoria do cuidar transpessoal em enfermagem**, Jean Watson, apresenta-nos, esta como um ideal moral, sendo um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, um meio de progresso, onde um indivíduo se move em direção a um estado mais elevado do ser, de harmonia com a sua mente, corpo e alma (Watson, 2002).

Na sua responsabilidade ética e social para como o indivíduo e para com a sociedade, a enfermagem tem de ser responsável pelo cuidar (Watson, 2002).

Valores Humanos do Cuidar:

1. O cuidar e o amor, são as forças cósmicas mais universais; compreendem a energia física primária e universal;
2. Frequentemente negligenciados, há uma necessidade que nos tornemos mais cuidadosos e que tenhamos mais amor;
3. A capacidade de a enfermagem manter o ideal e a ideologia do cuidar, na prática, afetará o desenvolvimento humano, e determinará o contributo da enfermagem para a sociedade;
4. Temos de ter como princípio a nossa vontade para cuidar e amar, cuidando de nós com gentileza e dignidade antes de cuidar dos outros;
5. A enfermagem sempre teve por base das pessoas nos seus processos saúde-doença;
6. Cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem;
7. Cuidar tem recebido cada vez menos ênfase no sistema de saúde;
8. O papel do cuidar está ameaçado pela proliferação de técnicas de cura e tratamentos radicais;
9. A preservação e avanço do cuidar é uma questão fundamental para a enfermagem no presente e no futuro;
10. O cuidar só pode ser praticado eficazmente de forma interpessoal;
11. As contribuições social, moral e científica da enfermagem, para o ser humano e sociedade, assenta no seu compromisso com os ideais do cuidar, na teoria, na prática e na pesquisa (Watson 2002, p.61-63).

Premissas básicas:

1. A mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma;
2. O corpo de uma pessoa está confinado no tempo e no espaço, mas a mente e a alma não estão confinadas ao universo físico;
3. O enfermeiro pode ter acesso à mente, às emoções e ao eu interior de uma pessoa, através de qualquer esfera – mente, corpo ou alma;
4. O espírito, o Eu interior, ou a alma de uma pessoa, existe na e para ela própria. A essência espiritual da pessoa está relacionada com a sua liberdade;
5. As pessoas precisam umas das outras de uma forma cuidativa e amorosa. O amor e o cuidar são dois dados universais;
6. A condição humana de uma pessoa pode não estar relacionada com o mundo externo quanto o seu mundo interior e como cada um o experiencia;
7. A totalidade da experiência em qualquer dado momento, constitui um campo fenomenológico (Watson 2002, p.89-91).

O processo de cuidar exige uma intenção, uma vontade, uma relação e ações, levando este a mudanças positivas de bem-estar dos outros, mas possibilita que o enfermeiro, também, beneficie e cresça.

Este processo inclui:

1. Sistema de valores humanísticos-altruístas;
2. Fé – esperança;
3. Sensibilidade para consigo e com os outros;
4. Relação de cuidar, ajuda-confiança;
5. Expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Processo de cuidar criativo na resolução de problemas;
7. Ensinar-aprender transpessoal;
8. Ambiente sustentador, protetor, e/ou corretivo mental, física, social e espiritualmente;
9. Assistência às necessidades humanas;
10. Forças existenciais-fenomenológicas-espirituais (Watson, 2002, p.130).

ANEXO II

- MODELO DE TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA (TEEP)

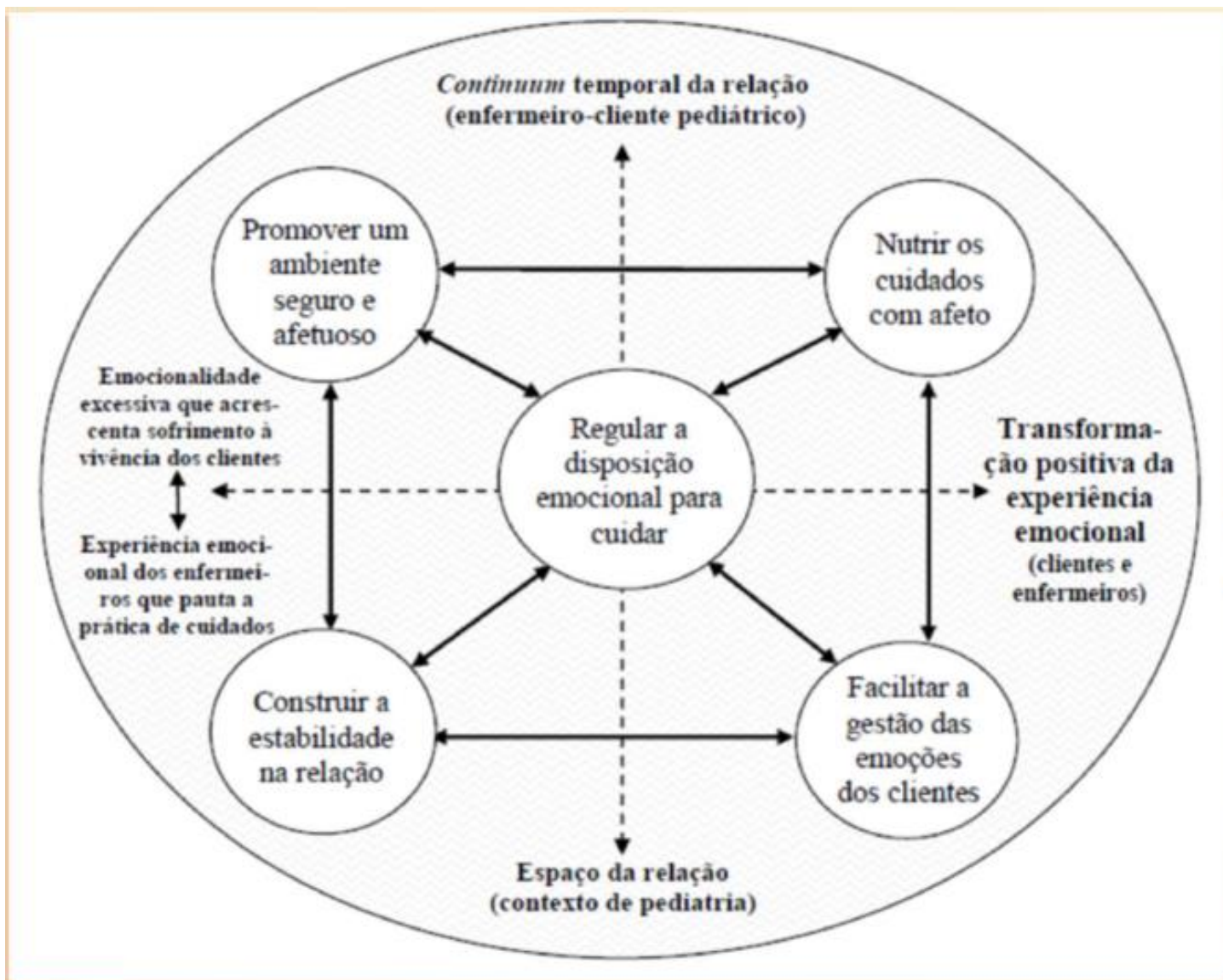


Figura 1. Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP).

O Modelo TEEP propõe cinco categorias de intervenção (Diogo, 2019):

- **Promover um ambiente seguro e afetuoso**

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê O ambiente hospitalar é muitas vezes estranho e stressante O cliente tem preconceitos negativos sobre o hospital (ambiente adverso, dominador e que causa insegurança) A criança precisa de proteção</p> <p>Fatores que facilitam <i>Ambiente físico</i> Pinturas nas paredes e tetos Vídeos de desenhos animados Brinquedos Sala de brincadeiras</p>	<p>Como Acolher Cumprimentar Expressar afeto Gerar ambiente familiar Preservar o quarto/unidade da pessoa Sintonia com o mundo infantil (brincadeira; cantar; mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados) Despedidas calorosas Fotografias para recordar</p> <p>Modo Ambiente afetuoso que se cria na relação com o cliente, durante os procedimentos e entre os enfermeiros. Uso de fardas coloridas e com bonecos.</p>	<p>A experiência de doença e hospitalização torna-se mais positiva pois o cliente consegue sentir-se à-vontade na relação com os enfermeiros, colocam as suas dúvidas e estão mais tranquilos</p> <p>A recuperação das crianças e dos jovens é mais rápida quando estes estão familiarizados com o ambiente, quando estão melhor adaptados e se sentem seguros no hospital</p>

Tabela1. Características definidoras da categoria “Promover um ambiente seguro e afetuoso”.

- **Nutrir os cuidados com afeto**

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê É necessário para o desenvolvimento das crianças É desejado É um direito As crianças apelam Diminui os fatores de stress associados à hospitalização Os cuidados não funcionam sem afetos Pode ser tão ou mais importante do que um procedimento técnico Facilita a execução dos procedimentos É essencial para conquistar a confiança</p> <p>Fatores que facilitam Gostar muito de crianças Considerar as crianças como se fossem o seu próprio filho ou alguém da família Modo afetivo de ser Tempo de contacto e desenvolvimento da relação Experiência de parentalidade</p>	<p>Como <i>Dádiva de afeto</i> Sorriso; Voz embalada e suave; Olhar meigo Falar amimado (adjetivos carinhosos, frases carinhosas, “inhos”, movimentos balanceados com a cabeça); Carinho (festas e toques suaves, beijinhos e abraços); Colo</p> <p>Quando <i>Momento próprio</i> Cumprimento no início do turno; Despedidas Tomar conta da criança <i>Vinculado aos procedimentos</i> Conforto; Posicionamento; Higiene Alimentação; Segurança; Procedimentos dolorosos Envolve todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas</p> <p>Modo <i>Espontâneo</i> Ato natural ou que “sai” durante os cuidados <i>Intencional</i> Em substituição dos pais; Aliviar o sofrimento de uma criança/jovem que está só Planeamento de cuidados</p>	<p>A criança ou o jovem sente-se amado e considerado</p> <p>Os pais sentem confiança nos enfermeiros e segurança nos cuidados</p> <p>Tranquilidade, bem-estar e perceção de não ser tão mau estar hospitalizado</p> <p>Alivia o sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio</p> <p>Desenvolvimento e consolidação da relação</p> <p>Colaboração facilitada das pessoas nos cuidados</p>

Tabela2. Características definidoras da categoria “Nutrir os cuidados com afeto”.

- **Facilitar a gestão das emoções do cliente**

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê As vivências emocionais inerentes à doença e hospitalização são potencialmente intensas Podem existir problemas emocionais anteriores O cliente consegue lidar melhor se for ajudado</p> <p>Fatores que facilitam Acesso prévio à informação sobre o estado emocional do cliente Saber experiencial Sensibilidade vigilante Relação construída</p>	<p>Como <i>Gestão emocional de antecipação</i> Demonstrar postura calma e carinhosa Mostrar disponibilidade Preparar para os procedimentos Fornecer explicações/informações Favorecer a expressão de sentimentos Dar reforço positivo Distrair</p> <p><i>Gestão das emoções reativas</i> Envolver a família nos cuidados Explicar e esclarecer dúvidas Fazer pausas Fomentar a esperança Colocar-se ao lado Dar carinho Diferenciar os momentos Desviar o foco de atenção Encorajar e restringir</p>	<p>Na maioria das interações e a maior parte do tempo permite evitar que o cliente experiencie emoções de tonalidade negativa</p> <p>Promover a tranquilidade e bem-estar emocional</p> <p>Potenciar o autocontrolo emocional</p> <p>Conquistar a confiança que é tranquilizadora</p>

Tabela 3. Características definidoras da categoria “Facilitar a gestão das emoções do cliente”.

- **Construir a estabilidade na relação**

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê O cliente vive uma experiência emocional intensa que projetam na interação A estabilidade das relações é essencial na prática de cuidados Por vezes a confiança é frágil ou está ausente A cultura do cliente influencia Existe recusa e defesa da pessoa Existem conflitos mal resolvidos entre enfermeiros e cliente A pessoa revela hostilidade Os procedimentos são dolorosos Existem incumprimentos Existem momentos de quebra de confiança</p> <p>Fatores que facilitam Pais calmos e simpáticos Crianças/jovens recetivos Enfermeiros com disponibilidade de tempo Sentimento de empatia Sentimento de confiança Tempo de contacto Figura de referência</p>	<p>Como <i>Envolvimento emocional</i> Ligação afetiva Proximidade Conhecimento mútuo Confiança</p> <p><i>Gestão de episódios conflituosos</i> Abordagem calma e de controlo Dar espaço para a expressão Desmontar o problema Procurar a reconciliação Não fazer juízos de valor negativo</p> <p><i>Equilíbrio de poderes</i> Tomada de decisão partilhada Dar espaço à função parental Colaboração mútua Participação da pessoa Partilha de informação</p>	<p>Tranquilidade nas relações entre enfermeiros e cliente; um convívio pacífico necessário à prestação de cuidados</p> <p>As relações são afetivas e os conflitos são minimizados</p> <p>Tranquilidade da parte dos pais e a uma perceção de que podem contar com os enfermeiros</p> <p>As orientações/explicações que fornecem ao cliente são levadas em conta</p> <p>Melhor adaptação e capacidade para lidar com os processos saúde-doença</p> <p>Aceitação e compreensão para com os enfermeiros</p>

Tabela 3. Características definidoras da categoria “Construir a estabilidade na relação”.

- Regular a sua disposição emocional para cuidar

CONTEXTO/CONDIÇÕES	AÇÕES/INTERAÇÕES	CONSEQUÊNCIAS
<p>Porquê Motivação e missão Persistência para cuidar Vontade construtiva da relação Experienciam situações emocionalmente intensas (ficam afetados, vivem emoções perturbadoras, existência de situações difíceis de lidar)</p> <p>Fatores que facilitam Compensação (relações emocionalmente estáveis, sentimento de gratificação, sentimento de realização, as próprias crianças ajudam) Necessidade de gerirem as suas emoções para conseguir cuidar Conhecimento de si Apoio entre colegas</p> <p>Fatores que dificultam Excesso de trabalho que conduz a intensificação do stress e cansaço Fragilidades pessoais relacionadas com experiências anteriores Características individuais Transferência para os filhos Conflitos na equipa de saúde</p>	<p>Como <i>Analisar as experiências</i> Falar com os colegas Leituras Escrita Reflexão</p> <p><i>Partilhar o que sente</i> Colega específico Grupo de colegas</p> <p><i>Compreensão das reações dos clientes</i> Minimizar o negativo Perceber que não é dirigido a si</p> <p><i>Atenuar positivamente</i> Perceber que não são os únicos a falhar Acreditar na sua competência Encarar como desafio</p> <p><i>Não se deixar afetar negativamente mantendo-se conectado</i> Descentrar-se Afastar-se por momentos Evitar prestar cuidados Cortar com a fonte de emoções Cessar funções</p>	<p>Os enfermeiros conseguem inibir ou induzir emoções nos próprios de modo a conseguirem transformar as emoções perturbadoras e a continuarem a cuidar do cliente, mantendo o envolvimento emocional</p> <p>Promove o bem-estar, o alívio do sofrimento e contribui para a adaptação do cliente à situação</p>

Tabela 3. Características definidoras da categoria “Regular a sua disposição emocional para cuidar”.

ANEXO III
- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO
2^{AS} JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” – EMOÇÕES, AFETO E PROMOÇÃO DA
SAÚDE...

2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...



Certifica-se que

Ana Carolina Simões Barata da Costa Rito

participou nas 2.^{as} Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL, subordinado ao tema “*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde*”.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de 16h30 horas, correspondentes a 0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

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

ANEXO IV
- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO
WORKSHOP “TEAM BUILDING: GESTÃO DAS EMOÇÕES NAS EQUIPAS DE
ENFERMAGEM”

2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...



Certifica-se que

Ana Carolina Simões Barata de Costa Rito

participou nas 2.^{as} Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL, subordinado ao tema “Emoções, Afeto e Promoção da Saúde”, tendo frequentado o Workshop Team Building: Gestão das emoções nas equipas de enfermagem.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de 16h30 horas, correspondentes a 0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

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

ANEXO V
- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO
7.º WORKSHOP EMOÇÕES EM SAÚDE – “TRABALHO EMOCIONAL EM
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: DA CONCEÇÃO À PRÁTICA”

7º WORKSHOP

Área de Investigação "Emoções em Saúde"



Certifica-se que

Ana Carolina Simões Barata da Costa Rito

participou no 7º Workshop Emoções em Saúde, subordinado ao tema "TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: DA CONCEÇÃO À PRÁTICA", que teve lugar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Polo Artur Ravara, no dia 05 de fevereiro de 2020, perfazendo um total de 8h.



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

ANEXO VI
- CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WORKSHOP
“DA CHINA PARA PORTUGAL: PERCURSO, EXPECTATIVAS E VIVÊNCIAS”



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA CAROLINA SIMÕES BARATA DA COSTA RITO** frequentou o **Workshop "Da China para Portugal: Percurso, Expectativas e Vivências"** realizada **no dia 16 de Outubro de 2019**, com a duração total de **6 horas**.

Lisboa, 31 de Outubro de 2019

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Custo 4208010
Área de Gestão da Formação

*Declaração N.º 6146/2019/MC
CIRURGIA PEDIÁTRICA/HDE*

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

ANEXO VII

**- CERTIFICADO DE PRESENÇA NA AÇÃO DE FORMAÇÃO
“DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM”**



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

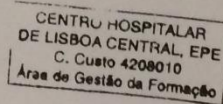
Declara-se que **ANA CAROLINA SIMÕES BARATA DA COSTA RITO** frequentou a Acção de Formação "**Documentação dos Cuidados de Enfermagem**" realizada no **dia 29 de Novembro de 2019**, com a duração total de **7 horas**.

Lisboa, 04 de Dezembro de 2019

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior



(Programa no verso)
Declaração N.º 7522/2019/MC
CIRURGIA PEDIÁTRICA/HDE

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)