

Cronograma de Estágio



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

NOTA INTRODUTÓRIA

A enfermagem deve preocupar-se com o desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença (Watson, 2002). De acordo com esta premissa pretendo passar por vários contextos do cuidar, tais como, um jardim-de-infância, uma unidade de saúde familiar, um serviço de urgência pediátrica, uma unidade de cuidados intensivos e um serviço pediátrico oncológico.

ANO	2012													2013										
MÊS	Outubro			Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro				Março	
DIAS	8	15	22	29	5	12	19	26	3*	10	17	20		3	7	14	21	28	4	11	18	25	4	
	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	
SEMANAS													FÉRIAS NATAL											

LEGENDA DO CRONOGRAMA:

Jardim de Infância

Unidade de Saúde Familiar

Serviço de Urgência Pediátrica

Serviço de Pediatria Oncológico

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Elaboração do “Relatório de Estágio”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES EM ESTÁGIO



**Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013**

INDÍCE

0.NOTA INTRODUTÓRIA	3
1.APRESENTAÇÃO DO PROJETO NOS LOCAIS DE ESTÁGIO	4
2.PLANEAMENTO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES, E RECURSOS	10

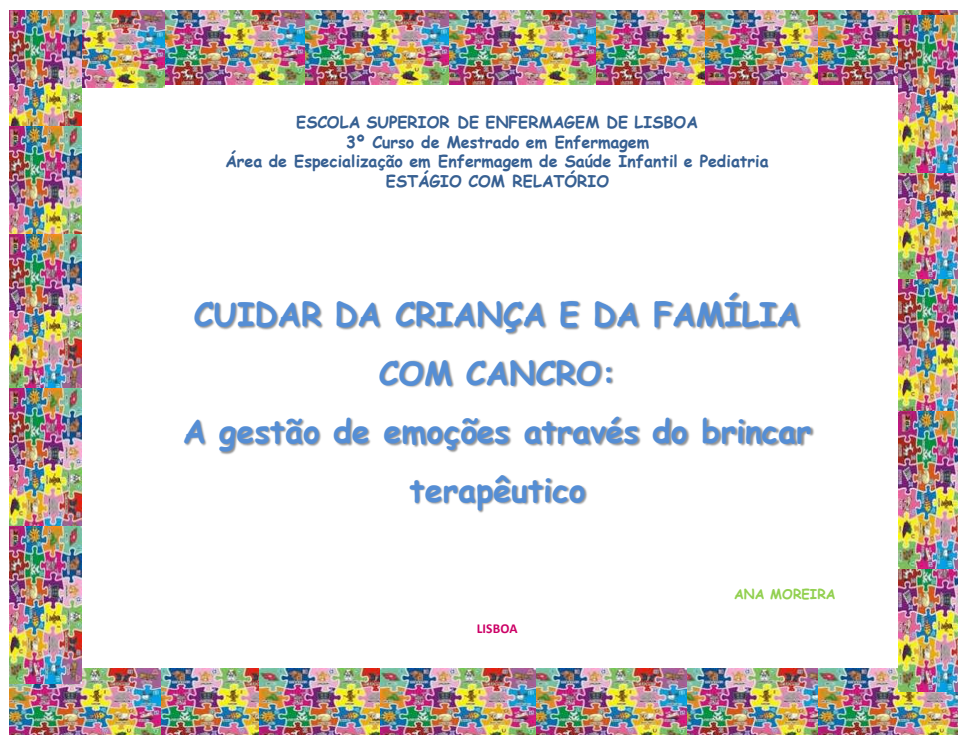
0.NOTA INTRODUTÓRIA

Esta apresentação teórica enquadra-se numa das atividades de estágio, mais concretamente, na reunião informal com os enfermeiros chefe e orientadores de estágio. Em todos os locais de estágio, num primeiro contacto com os enfermeiros, existiu uma reunião de apresentação do projeto, onde se destacou a apresentação dos objetivos gerais e específicos do mesmo. Este momento possibilitou também iniciar o diagnóstico de situação de cada contexto, para posterior levantamento das necessidades e determinação das atividades transversais e específicas de cada local de estágio. Nesta exposição tive o cuidado de dar a conhecer as minhas motivações pessoais, profissionais e académicas que desencadearam a elaboração do projeto inicial intitulado por ***“Cuidar da criança e família com cancro: a gestão de emoções através do brincar terapêutico”***.

A apresentação foi realizada através do método expositivo, com o recurso informático a slides em PowerPoint, com uma duração aproximada de 15 minutos. Especificamente, a apresentação foca o problema identificado, as dificuldades da prática que motivaram elaboração de um projeto nesta área e a pertinência da temática em estudo para a equipa de enfermagem, para a criança e família e para o ambiente.

O final culmina com a apresentação dos objetivos gerais e específicos de estágio, os quais tornam viável o planeamento e a concretização, não só as atividades transversais a todos os locais de estágio, bem como as atividades específicas. As atividades específicas resultaram, além disso, da elaboração de um diagnóstico situacional de cada serviço e da interação ativa com os vários elementos das equipas de enfermagem, dos diversos serviços. Sem existir uma dissociação entre todos os recursos necessários foram apresentados os recursos humanos, físicos e materiais, de modo a atingir os objetivos propostos.

1. APRESENTAÇÃO DO PROJETO NOS LOCAIS DE ESTÁGIO



Zona de abrangência

Lisboa e Vale do Tejo
Sul do país
Açores
Madeira
PALOP's

Patologias mais frequentes

Leucemia
Tumores cerebrais

Idade mais frequente

A CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR



ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

 Doença crónica e rara na criança.

 Diversos tipos de tratamento (Radioterapia, Quimioterapia, Cirurgias).

 Inúmeros procedimentos dolorosos (punção venosa, punção lombar, injeções, pensos, entre outros).

 Internamentos frequentes e prolongados, por vezes, em isolamento.

 Elevado número de visitas ao Hospital de Dia.



PROBLEMA IDENTIFICADO

O BRINCAR TERAPÊUTICO NÃO É:

🎈 Parte integrante do plano de cuidados à criança e família;

🎈 Sistematizado e estruturado;

🎈 Utilizado como instrumento de preparação da criança, em idade pré-escolar, para os procedimentos dolorosos (principais geradores de stress).



DIFICULDADES DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

🎈 Falta de tempo (escassez de recursos humanos e maior preocupação com outras intervenções de enfermagem, que consideram prioritárias).

🎈 Falta de motivação relacionada com fatores de stress na prática diária.

🎈 Déficit de conhecimentos.

NECESSIDADE DE FORMAÇÃO





PERTINÊNCIA DO TEMA



O BRINCAR TERAPÊUTICO

CRIANÇA E FAMÍLIA

- 🎈 É um direito e uma necessidade da criança.
- 🎈 Permite a socialização da criança.
- 🎈 Promove o bem-estar físico e emocional da criança através da expressão de sentimentos e desconstrução de medos.





🎈 O enfermeiro tem a colaboração da criança.

🎈 A criança desenvolve uma maior segurança e aceitação face aos tratamentos.

🎈 Facilita a adaptação da criança e da família à doença, reduzindo os traumas da hospitalização.



EQUIPA DE ENFERMAGEM

🎈 HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

A criança aceita o enfermeiro como uma pessoa, que não realiza apenas procedimentos dolorosos (maior confiança, diminuição do medo e ansiedade).





TRANSFORMA O AMBIENTE DO CUIDAR

Alegria

Confiança

Descontração

Aceitação

Felicidade

Acolhedor

Tranquilidade

Espaço lúdico.

A criança... "ao tocar, cheirar, sentir, ver, ouvir, provar, conhece tantos e tão diferentes elementos que passam a fazer parte da pessoa que é".

(Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Cadernos da OE- Serie I- Numero 3- Volume 1, 2010)



ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE ESTÁGIO

 **Temática:** Cuidar de crianças com cancro com enfoque na emocionalidade das suas vivências.

 **Problemática:** Vivência emocional intensa associada ao sofrimento da doença da criança com cancro.

 **Objeto de estudo:** O uso do brincar enquanto instrumento terapêutico de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família com cancro.



2. PLANEAMENTO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E RECURSOS

Neste capítulo apresento de forma simplificada os objetivos gerais e específicos, bem como as atividades e os recursos deste percurso de aprendizagem. Os objetivos estão relacionados com as competências que pretendo adquirir nos diferentes contextos. Teoricamente, Nunes *et al* (2010) citado por Gingras, salienta que a elaboração dos objetivos constitui um dos pontos essenciais para o desenvolvimento de um percurso profissional, sendo que sem a determinação dos mesmos não existe uma planificação concreta e plena das atividades a concretizar. Carvalho e Carvalho (2006) apontam que os objetivos devem ter pertinência e ser mensuráveis, precisos, compreensíveis e exequíveis. Os mesmos autores determinam a contemplação de objetivos gerais e específicos, isto porque a partir de cada objetivo geral nasce um tronco, de onde partem vários objetivos com maior especificidade. O objetivo geral é uma expressão de uma intervenção ativa, envolvendo os recursos da equipa de saúde, da comunidade e/ou da população em geral, ao passo que os objetivos específicos culminam com as várias etapas para alcançarmos o geral, em que é estabelecido o que é necessário para o atingir. Deste modo, os pilares básicos da redação de objetivos são a ação e o conteúdo.

Em todos os locais, centro-me na gestão das emoções através do brincar terapêutico, durante os processos de saúde e doença, acreditando sempre que é possível, tal como enfatiza Barros (2003), ultrapassar os obstáculos dos serviços de saúde, contribuindo para que a criança e família passem por experiências emocionais positivas. Assim, pretendo ser um elemento de influência em cada contexto, pois acredito tal como Bee (2003), na grande influência e importância que o enfermeiro tem nos efeitos das experiências de saúde e doença, na criança e família. Portanto, para enriquecer este percurso procurei enquadrar a gestão das emoções da criança e família nas suas vivências de saúde, para compreender a totalidade do sofrimento emocionalmente intenso que sentem na doença.

Os **objetivos gerais** estabelecidos para o estágio são os seguintes:

- 1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria no cuidar da criança e família, com enfoque na gestão da emocionalidade das suas vivências através da atividade do brincar;**

2. Promover a incorporação da atividade do brincar nos cuidados à criança e família, como instrumento terapêutico na gestão das emoções e na preparação da criança para os procedimentos dolorosos.

Para atingir os objetivos gerais estabeleci os **objetivos específicos** e as **atividades transversais** a todos os campos de estágio. Os objetivos específicos foram os seguintes:

- A. Minimizar o sofrimento emocionalmente intenso das vivências da criança e família na doença, destacando o uso do brincar terapêutico.**
- B. Contribuir para uma experiência emocionalmente positiva da criança e família durante os processos de saúde e doença.**
- C. Aprofundar conhecimentos sobre o brincar terapêutico em enfermagem pediátrica, aplicado à gestão de emoções e preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos.**
- D. Caracterizar a estrutura de cada serviço e a dinâmica da equipa de enfermagem, enfatizando aspetos relacionados com o brincar no ambiente de cuidados.**
- E. Cooperar com a equipa educativa do jardim-de-infância na abordagem de temas relacionados com o hospital, através da atividade do brincar.**
- F. Despertar a sensibilidade da equipa de enfermagem para os benefícios do brincar na gestão das emoções da criança e família, nos processos de saúde e doença.**
- G. Promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem com temas relacionados com a gestão de emoções em enfermagem pediátrica, o brincar terapêutico e a preparação da criança para os procedimentos dolorosos.**

As atividades apresentadas de seguida, foram planeadas tendo em conta o objeto em estudo e de forma a atingir todos os objetivos propostos. Assim sendo, passo a enunciar as atividades transversais correspondentes a todos os locais de estágio:

- Visita às instalações de cada serviço, detetando as potencialidades da estrutura e da dinâmica funcional, facilitadoras do brincar terapêutico.
- Elaboração do diagnóstico de situação de cada serviço para deteção das necessidades específicas de cada um deles.
- Consulta das normas e protocolos de intervenção de cada serviço.
 - Realização de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros chefe ou enfermeiros orientadores, especialistas em saúde infantil e pediatria (elaboração prévia do guião de entrevista semiestruturada).
 - Pesquisa e consulta bibliográfica sobre o brincar terapêutico na gestão das emoções da criança e família para uma prática baseada na evidência.
 - Elaboração de fichas de leitura de artigos relacionados com o objeto em estudo.
 - Registo das observações e interações com a criança e família, recorrendo a uma escrita de análise crítica e reflexiva (jornais de aprendizagem e diários de campo – elaboração prévia de um guia orientador de observação).
 - Identificação de fatores indutores de emoções negativas na criança e família, que acrescentam sofrimento à vivência de doença e condicionam a atividade do brincar (deteção de estratégias).
 - Transformação do ambiente do cuidar, num ambiente afetivo (televisão com desenhos animados, pinturas nas paredes coloridas, brinquedos adequados à idade e etapa de desenvolvimento da criança).
- Promoção da expressão de sentimentos e emoções pela criança e família.
 - Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações à criança e família, atendendo ao seu desenvolvimento cognitivo.
 - Utilização de técnicas de comunicação com a criança e família, recorrendo a uma linguagem afetiva (por exemplo, linguagem do “inhos” e usando termos familiares à criança).
 - Implementação de técnicas de distração para a preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos, sem descurar que o quarto da criança é seu “ambiente seguro”.

- Interação com a criança através de jogos e brincadeiras, apelando à imaginação e criatividade, com a intencionalidade de “estar com” a criança e família (brincar, cantar, contar histórias e mobilizar personagens do mundo infantil de acordo com a idade).
- Envolvimento da família nas brincadeiras, encarando os pais como parceiros no cuidar da criança, utilizando brinquedos de referência para a criança.
- Levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem, considerando a percepção dos enfermeiros quanto aos benefícios do brincar terapêutico e as estratégias já utilizadas pela equipa na gestão das emoções e na preparação da criança/família para os procedimentos dolorosos.
- Planeamento de ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem sobre a gestão de emoções através do brincar terapêutico, enfatizando a preparação da criança para os procedimentos dolorosos.

2.2. Atividades específicas de cada local de estágio

A realização do diagnóstico de situação de cada local de estágio permitiu-me encontrar atividades específicas para cada um deles, havendo um encontro das minhas necessidades pessoais e académicas e as da equipa de enfermagem, o que engrandeceu a experiência de aquisição de competências neste percurso formativo.

De seguida, apresento as atividades específicas para cada campo de estágio, que emergiram da realização das entrevistas semiestruturadas, do diagnóstico de situação e das reuniões informais com os enfermeiros orientadores, peritos da área e elementos da equipa de enfermagem. A estrutura de apresentação das atividades foi construída de acordo com a pertinência cronológica com que os estágios foram decorrendo. Por conseguinte, para o **jardim-de-infância** foram estabelecidas as seguintes atividades específicas:

- **Visita às instalações do jardim-de-infância, detetando evidências do ambiente infantil, que podem ser adaptadas ao contexto hospitalar e enriquecer o ambiente do cuidar em enfermagem;**

- Entrevista semiestruturada à diretora da instituição (elaboração prévia do guião da entrevista à diretora da instituição);
- Reunião informal com a educadora orientadora e peritos na área educativa;
 - Consulta bibliográfica, com evidência científica, sobre a atividade do brincar em contexto educativo;
 - Detecção de fatores humanos, físicos e temporais, que influenciam a atividade do brincar em contexto educativo;
 - Observação das estratégias de comunicação e de distração da criança utilizadas pela equipa educativa;
 - Planeamento e Implementação da atividade “O JOGO DA RODA – UM DIA NO HOSPITAL”.

Para a **unidade de saúde familiar** foram definidas as seguintes atividades específicas:

- Prestação de cuidados de enfermagem à criança e família no âmbito da consulta de saúde infantil e pediatria e da vacinação;
- Ação de formação intitulada “A gestão de emoções nos processos de saúde doença: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar da criança e da família”.
- Participação na visita domiciliária com a equipa de cuidados continuados de apoio à unidade de saúde familiar (Intervenção na comunidade à criança e família com cancro);
- Observação participativa na “Reunião de equipa do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco”;
- Participação na “Reunião da Equipa Local do Sistema Nacional de Intervenção Precoce”.

Para o **serviço de urgência de pediatria** foram definidas as seguintes atividades específicas:

- Prestação de cuidados de enfermagem à criança e família num contexto de urgência;
- Elaboração de um guia orientador de boas práticas intitulado “BRINCAR NO HOSPITAL: TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO”, enfatizando as características do desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança, as técnicas de comunicação e distração correspondentes à idade e os contributos do brincar enquanto instrumento terapêutico na gestão de emoções.

Para a **unidade de cuidados intensivos pediátricos** foram definidas as seguintes atividades específicas:

- Prestação de cuidados de enfermagem à criança e família internada na unidade de cuidados intensivos.
- Ação de formação dirigida à equipa de enfermagem intitulada “A gestão de emoções em enfermagem pediátrica: o brincar terapêutico como estratégia no cuidar”.
- Criação de um *Dossier Temático* com artigos sobre a gestão de emoções e o brincar terapêutico, para consulta da equipa da equipa multidisciplinar.

Para o **serviço de oncologia pediátrica** foram definidas as seguintes atividades específicas:

- Prestação de cuidados de enfermagem à criança e família com doença oncológica;
- Elaboração de um *Poster* que foque os principais stressores da hospitalização para a criança e família, fazendo uma ligação com as intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão das emoções.
- Planeamento de um “PROJETO FUTURO”, que inclui a formação de todos os elementos da equipa de enfermagem na área da “Gestão de emoções através do brincar terapêutico”, para implementação teórica e prática do “KIT DÓI QUE NÃO DÓI” no serviço de oncologia pediátrica.

Para todas as atividades desenvolvidas foram necessários vários recursos, entre eles, **recursos humanos, materiais, físicos e temporais**, imprescindíveis para a sua concretização. Nos recursos humanos posso salientar o verdadeiro contributo dos enfermeiros chefes e especialistas em saúde infantil e pediatria, de todos os peritos em cada área de intervenção e da equipa de enfermagem. A criança e família foram os elementos chave neste percurso, pois constituem o pilar do cuidar em enfermagem. Quanto aos recursos materiais e físicos destaco todos os locais de estágio e, ao nível dos materiais, foi fundamental o recurso a livros, artigos com evidência científica, a bases de dados científicas, aos processos clínicos e de enfermagem da criança e família. Além disso, foi necessário recorrer com frequência à utilização de materiais lúdicos associados à atividade do brincar adequados à faixa etária da criança (brinquedos, histórias e jogos). Temporalmente, os objetivos e as atividades implementadas decorreram de acordo com o que se apresenta estruturado em cronograma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica-Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI-Sociedade Médico-Psicológica.
- Bee, H. (2003). *A Criança em Desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. *et al.* (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. (A. Freitas, Ed.) *Revista Percursos*, 3-35

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS LOCAIS DE ESTÁGIO



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

INDÍCE

0.NOTA INTRODUTÓRIA DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	3
1.INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL – JARDIM-DE-INFÂNCIA	5
2.UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	7
3.SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	9
4.UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	13
5.SERVIÇO DE PEDIATRIA ONCOLÓGICA	16

0. NOTA INTRODUTÓRIA DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

As constantes e rápidas mudanças que ocorrem nos diferentes contextos do cuidar, muitas advindas de permanentes alterações sociais e económicas, levou-me a pensar no carácter prioritário da elaboração de um diagnóstico de situação de cada local. Assim, consegui aprimorar todo o meu processo de planeamento das atividades a desenvolver e a implementar *in loco*, atendendo obviamente aos meus objetivos, mas também com vista à garantia da qualidade dos cuidados à criança e sua família.

O diagnóstico de situação permitiu-me reunir um conjunto de conhecimentos sobre os vários serviços, pelo que apostei numa descrição da realidade sobre a qual agi e induzi mudança. Apenas com este diagnóstico parti para a ação. Este diagnóstico obrigou-me à identificação das potencialidades e dos recursos de cada local de intervenção, objetivando um adequado planeamento e execução das atividades planedadas. Desta forma, este documento representa a caracterização dos diferentes campos de estágio, contexto interativo que permitiu a elaboração do respetivo relatório de estágio.

Durante o meu percurso formativo apercebi-me que cada contexto, serviço, ou unidade de cuidados atravessa atualmente imposições que contribuem indubitavelmente para o desenvolvimento da enfermagem. Num contexto formativo acredito na pertinência da elaboração do diagnóstico de situação, pois é fundamental que enquanto enfermeira estar atenta ao ambiente que circunda, influencia e, muitas das vezes, condiciona a prática de cuidados à criança e família. Ao refletir sobre o ambiente onde se desenvolvi práticas de enfermagem tornou-se possível repensar na qualidade das mesmas, indo ao encontro das estratégias e dos recursos internos de cada serviço. Por conseguinte, consegui alocar os recursos do ambiente e lutar para atender às especificidades com que me deparei através da implementação de atividades ajustadas às minhas necessidades formativas e às necessidades de cada serviço, defendendo uma postura profissional que se destaca pela agilidade e flexibilidade no agir. Assim, houve uma convergência de interesses com o desafio de existir uma satisfação de todos os intervenientes e não apenas dos meus interesses individuais, profissionais e académicos.

Assim, delinee atividades específicas para cada campo de estágio, com os recursos humanos, materiais e físicos que tinha à disposição. Os aspetos que tive em consideração no diagnóstico de situação incidiram na dinâmica e na estrutura dos

serviços. As particularidades nas características do ambiente alusivas ao mundo infantil e às atividades lúdicas praticadas foram também alvo de destaque, sempre que existentes.

Esta atividade transversal foi essencial para a minha integração nos serviços, em que o meu bem-estar e o caloroso acolhimento no seio das equipas tiveram reflexo na forma positiva de como conclui este percurso de aprendizagem, com a aquisição e desenvolvimento de novas competências. Nesta sequência, posso afirmar que existiu uma integração plena nas diversas equipas, o que teve repercussão nos cuidados prestados à criança e família e na sua qualidade.

Para concretizar este diagnóstico foi fundamental realizar uma visita às instalações de cada serviço ou unidade, consultar normas e protocolos específicos e, sobretudo, o câmbio de informação com os enfermeiros chefes e enfermeiros orientadores. De igual modo, os elementos da equipa de enfermagem disponibilizaram-se para o esclarecimento de dúvidas e acrescentar com clareza algumas especificidades de cada contexto.

Para terminar, a apresentação dos diagnósticos será conseguida por intermédio de uma exposição descritiva, emergente da pesquisa local, em que são apresentados os campos de estágio de acordo com o seu acontecimento cronológico e lógica do percurso formativo. Quanto à estrutura metodológica deste documento, apresento em primeiro lugar o diagnóstico de situação de um jardim-de-infância integrado numa instituição de solidariedade social e de uma unidade de saúde familiar. Posteriormente, segue-se um serviço de urgência pediátrica da região de Lisboa, uma unidade de cuidados intensivos pediátricos e, por fim, o serviço de pediatria de um centro oncológico de referência.

1. INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL - JARDIM-DE-INFÂNCIA

A associação onde se integra o jardim-de-infância pratica a qualidade e a inovação ao serviço do desenvolvimento da comunidade, em que promove a autonomia e o bem-estar das pessoas em todas as fases da vida (por exemplo, tem também serviços de apoio a pessoas idosas). Simultaneamente, envolve e valoriza todos os colaboradores, parceiros e membros numa perspetiva de melhoria contínua e satisfação total dos seus utentes. É uma instituição de referência e de excelência, que defende valores como a dedicação, a inovação, a qualidade e a solidariedade.

O nascimento desta instituição perde-se no tempo, não sendo possível datar este acontecimento. Durante quase sessenta anos a sua ação foi orientada para a assistência e beneficência, contribuindo para minorar as muitas dificuldades dos que viviam na sua região de abrangência. Ao longo do tempo, com as alterações políticas e sociais a associação teve de adaptar-se às realidades, mas manteve os objetivos de assistência e beneficência. Na década de oitenta assumiu a designação de instituição particular de solidariedade social.

Em 2010, após algumas remodelações, foram inauguradas as novas instalações do espaço dedicado ao ensino pré-escolar que engloba o jardim-de-infância, no qual se insere a Sala Azul, local onde foi realizado o estágio a que me propus. A instituição abrange crianças dos 3 meses aos 12 anos distribuídos pelas várias valências, de acordo com a sua faixa etária. A área do pré-escolar é composta por oito salas para duzentas crianças. Os objetivos da equipa educativa são orientados e regidos pelo Ministério da Educação.

Nesta instituição, a promoção de atividades que englobem crianças de todas as idades, é privilegiada. O projeto educativo é traçado a pensar para e nas crianças, uma vez que as mesmas têm um papel imprescindível na sua concretização efetiva. A equipa é composta por inúmeros colaboradores com larga experiência, nas mais diversas áreas de formação. Esta equipa contempla professores, educadoras de infância, ajudantes de ação educativa e coordenadoras educativas.

A **sala azul** está integrada no jardim-de-infância e dela fazem parte uma educadora de infância e uma auxiliar de ação educativa, que cuidam de cerca de vinte e três crianças. O nome da sala foi atribuído pelas crianças que dela fazem parte. É um espaço amplo, com muita luminosidade, que facilmente se torna num ambiente mais escurecido na hora da sesta (das 13 horas às 14 horas). Com exceção de uma parede que possui a cor cinzenta, local onde são expostos os trabalhos das crianças, a maioria das paredes do espaço comporta a cor branca.

A sala está organizada por diferentes áreas temáticas (desenho, leitura, escrita, matemática, o faz de conta e a construção). Cada área tem quatro cartões correspondentes que ditam o número máximo de crianças que usufruem, em simultâneo, dessa área temática. Todas as áreas estão adaptadas à idade pré-escolar. A sala tem acesso a um atelier (comum a outra sala) onde são desenvolvidas atividades de expressão plástica, oficina de artes, culinária. De fácil acesso existe uma casa de banho.

A sala acolhe crianças de diferentes nacionalidades (portuguesa, espanhola, angolana e ucraniana). Numa visão geral, está equipada com todos os recursos básicos, adaptados à idade de cada criança e direcionados para a estimulação do seu desenvolvimento contínuo. Deste modo, destaca-se por um investimento visível num ambiente propício e indutor de atividades lúdicas de caráter educativo, em que a sintonia com o mundo infantil sobressai pelas cores, pela música de fundo em vários momentos das rotinas diárias, pelos diversos brinquedos espalhados intencionalmente.

2. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A unidade de saúde familiar dedica-se à prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais de um agrupamento de centros de saúde. Os serviços disponibilizados pela unidade à comunidade destinam-se aos utentes inscritos e residentes na freguesia, bem como a utentes de outras áreas geográficas, mediante autorização médica. Em termos de missão, esta centra-se em garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados, priorizando a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados aos utentes.

A unidade de saúde familiar faz parte de um agrupamento de centros de saúde e integra uma equipa transdisciplinar, da qual faz parte um enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria, um enfermeiro especialista de saúde comunitária, um enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia e três enfermeiros licenciados (na sua totalidade representam seis enfermeiros). Os vários elementos estão distribuídos pelos diversos serviços prestados para comunidade local, de acordo com a sua especialização, no entanto, atendendo ao número de utentes (população alvo), todos os enfermeiros prestam cuidados nas diversas áreas, de acordo com as necessidades do serviço, estando ainda em curso a implementação do enfermeiro de família. A equipa de saúde conta ainda com a colaboração de médicos, técnicos administrativos, auxiliares de ação médica, que laboram diariamente das 8 horas às 18. No que se refere aos programas/atividades que decorrem nesta unidade ditam-se os seguintes:

- Saúde Infantil e pediatria;
- Vacinação;
- Saúde da Mulher (planeamento familiar e saúde materna);
- Saúde do Adulto (Hipertensão Arterial, Diabetes);
- Sala de Tratamentos; e,
- Visitação domiciliária ao recém-nascido (realização do diagnóstico precoce).

As consultas de enfermagem nas diferentes áreas podem ser programadas ou não programadas, em que sendo nestas últimas que se inscrevem as consultas de urgência.

Além do mais, existe um atendimento permanente telefónico para cada enfermeiro, ao longo do dia e sem horário pré-estabelecido, e um atendimento telefónico programado para cada médico de um período de cerca de trinta minutos por dia.

A unidade de saúde familiar articula regular e externamente com a equipa de cuidados continuados da área de abrangência, com o núcleo de apoio a crianças e jovens em risco e com a equipa local do sistema nacional de intervenção precoce.

Quanto à estrutura física a unidade conta com a existência de vários gabinetes de enfermagem e gabinetes médicos onde são prestados os cuidados de saúde aos utentes, para além do espaço comum, a área administrativa. Atendendo ao objeto em estudo apresento a caracterização do ambiente das salas de saúde infantil e vacinação.

A saúde infantil funciona numa sala com uma estrutura física pouco moderna, mas que ao longo dos tempos, tem vindo a ser decorada por todos os profissionais, no sentido de tornar o ambiente mais alegre e acolhedor para a criança e sua família. No seu todo, sobressai algumas paredes de cor azulão, em que uma delas projeta coloridos bonecos de grandes dimensões (ursinhos numa horta com um trator). Num dos cantos da sala encontram-se alguns brinquedos, nomeadamente, carros, um telemóvel e um “bebé”, os quais são objetos essenciais na comunicação com a criança, segundo a sua idade e etapa de desenvolvimento. Por limitações económicas e de funcionalidade das consultas, a equipa tem investido num ambiente acolhedor e de afetos através do estabelecimento de uma relação de confiança com a criança e a família.

A sala de vacinação é um espaço de reduzidas dimensões. No seu contíguo apresenta uma divisão onde são armazenadas e preparadas as vacinas, para posterior administração. Ambas têm um ambiente acolhedor e decorado por toda a equipa. Os enfermeiros têm contribuído com a exposição de imagens nas paredes de animais coloridos, em que se destaca uma parede de cor azulão, que é muitas das vezes o centro do olhar de quem entra na sala.

Na sala de espera existe um “cantinho infantil”, onde a criança usufrui de alguns materiais didáticos (lápiz de cor e papel), enquanto aguarda pelas consultas. Este espaço torna-se mais colorido com a mesa e as cadeiras utilizadas pelas crianças, pois a região que envolve esta zona é constituída por objetos pertencentes à sala de espera dos adultos.

3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O serviço de urgência pediátrica é um serviço de um hospital central da região de Lisboa. O hospital onde se encontra integrado prioriza a formação médica, de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, sendo uma das suas maiores vocações: o ensino. O serviço de urgência segue esta filosofia e é palco de grande contributo para as aprendizagens em enfermagem, tendo constituído um dos meus locais de estágio.

No serviço de urgência são inscritos todos os utentes com idades compreendidas entre 0 e 17 anos, não existindo área residencial de eleição. Quanto ao circuito de entrada, a criança é inscrita no serviço administrativo e aguarda na sala de espera 1 pela sua chamada. De seguida, é encaminhada para a sala de triagem, e quando acompanhada por mais do que um familiar ou pessoa significativa, estes aguardam na sala de espera 2. Em situação clínica instável, perigo de vida eminente, acompanhado por bombeiros ou do instituto de emergência médica, profissionais de saúde de outras instituições, a criança entra diretamente no serviço. Após concretização da observação de enfermagem na triagem a criança é encaminhada para os diferentes sectores conforme o protocolo da triagem e o risco de vida que apresenta. Esta dinâmica de admissão visa garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família, num contexto de carácter urgente.

Esta unidade está destinada ao atendimento da criança, em situação de urgência ou emergência, proveniente do domicílio ou referenciada por outra instituição ou entidade de saúde. A este local recorrem crianças gravemente doentes, muitas a necessitar de cuidados imediatos, com patologias clínicas muito diversificadas (crises convulsivas, sépsis, paragem cardiorrespiratória, a intoxicações, entre outras). As situações traumatológicas, com exceção de traumatismos cranianos, dão entrada pelo serviço de urgência de adultos, de forma a beneficiarem do apoio da especialidade de ortopedia, pequena cirurgia e exames complementares de diagnóstico, no imediato da atuação.

Sempre que necessário, este serviço articula-se com outros serviços, tais como, as unidades de internamento de pediatria das diferentes especialidades médicas ou cirúrgicas, as consultas externas, as unidades de técnicas e as unidades de ambulatório, promovendo-se uma resposta diferenciada às crianças e suas famílias.

A equipa de enfermagem é constituída por mais de duas dezenas de enfermeiros, distribuídos pelas várias equipas. Para além dos enfermeiros existem várias equipas médicas, assistentes operacionais e uma secretária de unidade. O método de trabalho é o de enfermeiro responsável.

O serviço de urgência pediátrica encontra-se em funcionamento nas atuais instalações desde o final dos anos 70 e apresenta uma estrutura organizada por diferentes salas de prestação de cuidados altamente individualizados e de complexidade à criança e família. Para além dos gabinetes de observação médica, do serviço fazem parte a sala de triagem, a sala de aerossóis, a sala de reanimação, a sala de tratamentos e o serviço de observação de pediatria.

A sala de triagem é uma sala onde existe o primeiro contacto entre a equipa de enfermagem e a criança e família, após a sua admissão no secretariado. Na triagem existe uma observação e avaliação rápida da criança, determinando-se o grau de gravidade da doença e estabelecendo-se as prioridades de intervenção. Esta é efetuada por um enfermeiro, que adota um conjunto de decisões terapêuticas e faz o seu encaminhamento. Num âmbito geral, a intervenção do enfermeiro passa pelo acolhimento da criança e família em situação de urgência ou emergência; a observação rápida e detalhada da criança; a avaliação das queixas da criança e deteção de sinais e sintomas que determinem as prioridades de atendimento, com a implicação da família; a identificação e encaminhamento das situações de emergência, urgência e as situações não urgentes; a intervenção com medidas de tratamento, como a administração de terapêutica de urgência; e a elaboração de registos precisos e concisos. Nesta sala não existe espaço, e muitas das vezes tempo, para a existência de brinquedos a serem usados na abordagem à criança e família. No entanto, a entrada nesta sala já contempla alguns desenhos, os quais são bastante apelativos e permitem uma breve viagem ao espaço, com estrelas e astronautas dispersos pela parede, que se tornam alvo de distração da maioria das crianças que por ali passam.

A sala de aerossóis é um pequeno espaço físico com rampas de oxigénio e de vácuo, em que as várias paredes apresentam desenhos pediátricos que predem a atenção dos mais novos e seus acompanhantes. É uma sala polivalente destinada essencialmente à administração de terapêutica inalatória. Este espaço funciona também como sala de acompanhamento e vigilância de crianças, por exemplo, para o controlo da hipertermia e da desidratação ligeira na infância.

A sala de tratamentos, de média dimensão, é o local de preparação e administração da terapêutica prescrita pela equipa médica, a que a equipa de enfermagem tem acesso informaticamente. Nesta sala são realizados procedimentos dolorosos à criança, que na maioria das vezes é acompanhada por um dos familiares. Aqui são reunidas as condições físicas para a colheita de produtos biológicos, como a colheita de sangue, ou até mesmo a reavaliação dos parâmetros vitais avaliados na sala de triagem no momento da admissão. A oxigenoterapia, a preparação da criança e família para exames auxiliares de diagnóstico, a aspiração de secreções ou as punções para a canalização do acesso venoso periférico são também algumas das intervenções da equipa de enfermagem realizadas nesta sala. Por vários motivos, como a falta de conhecimentos e de recursos humanos, a acumulação excessiva de funções e a exigência de rapidez da intervenção dos enfermeiros, neste local existem pouco brinquedos ou focos de distração para a criança. Por conseguinte, não existe uma intervenção sistemática ou estruturada na aplicação do brincar terapêutico na preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos.

Na sala de reanimação dão entrada crianças em risco de vida, obrigando a uma atuação rápida e adequada da equipa de saúde. É uma sala ampla equipada com todo o equipamento de suporte básico e avançado de vida, que exige uma destreza eficaz dos profissionais de saúde no seu manuseamento. Muitas das situações exigem a reanimação e a estabilização da criança que, posteriormente, é acolhida na unidade de cuidados intensivos ou num outro serviço pediátrico, consoante a gravidade do estado clínico da criança. As situações clínicas mais frequentes e que obrigam a esta intervenção são: as convulsões, as paragens cardiorrespiratórias, as sépsis, as desidratações graves, os choques hipovolémicos, a aspiração de vômito e as intoxicações. Nesta sala, não existem características evidentes associadas ao mundo imaginário do brincar, também pelas intervenções específicas que aqui são realizadas.

O serviço de observação de pediatria encontra-se no fundo do corredor do serviço e apresenta-se com um espaço amplo, com a capacidade de receber seis crianças e respetivos membros familiares. Em média, a criança permanece neste local 24 a 48 horas, para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico. De seguida, é transferida para um serviço de internamento, se necessitar de vigilância contínua ou para a unidade de cuidados intensivos pediátricos, no caso de agudização do quadro clínico. A alta hospitalar é também uma das possibilidades, dependendo de cada

situação. Nesta sala são também efetuados procedimentos invasivos à criança, indispensáveis à determinação do diagnóstico ou tratamento da doença. As crianças que aqui se encontram em observação provêm da sala de reanimação, da sala de tratamentos ou de outros serviços do hospital. As crianças ficam em observação por diversos motivos, como por exemplo, politraumatismos, traumatismos craneoencefálicos, recobros operatórios de pequenas cirurgias ou exames complementares de diagnóstico, dificuldade respiratória, distúrbios gastrointestinais e quadros convulsivos.

Dadas as limitações de espaço os procedimentos são concretizados no leito da criança, não havendo uma estrutura sólida entre as diversas camas e, portanto, a criança não fica num espaço privado. Contudo, num dos cantos laterais desta sala encontra-se um armário com brinquedos, livros, jogos e puzzles. Este armário está dividido em prateleiras, por faixas etárias e para facilitar o acesso a este material foi criada uma listagem, onde é mencionado todo o material correspondente. Esta emergiu da necessidade da equipa um espaço onde fosse reunido e organizado material lúdico diverso, que garantisse à criança brincar, neste contexto de cuidados. Além disso, existem dois aparelhos televisivos que contemplam canais infantis, que proporcionam momentos de distração à criança.

O tema da decoração do serviço de urgência pediátrica é o “Espaço”, em que cada sala tem o nome de um planeta. Em todo o serviço existem várias imagens de astronautas com referência a algumas regras sociais, como por exemplo, “Mantenha o silêncio”. Telas preenchem as paredes do corredor, as quais foram pintadas por crianças que estiveram internadas no serviço de observação. Imediatamente antes da entrada, no serviço de observação, encontra-se um quadro expositivo com desenhos de crianças oferecidos à equipa de saúde. Outro aspeto, igualmente importante e que se salienta neste ambiente, é a Carta dos Direitos da Criança afixada numa das paredes. A preocupação dos profissionais de saúde em minimizar o ambiente estranho e assustador para as crianças e famílias é bastante evidente, por exemplo, o aparelho de raio x está coloridamente protegido com um pano com bonecos. Neste serviço, é regular a visita dos palhaços da “Operação Nariz Vermelho” considerados parceiros no cuidar da criança e da família.

Para terminar, a equipa de saúde é jovem e motivada, para incluir o brincar terapêutico de forma sistematizada, de acordo com as características de desenvolvimento e, mais especificamente, na preparação da criança para os procedimentos dolorosos.

4. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

A unidade de cuidados intensivos pediátricos, na qual realizei o estágio, é um serviço que pertence a um hospital de região de Lisboa. É uma unidade dotada de recursos físicos, humanos e sociais, que possibilitam a prestação de cuidados médicos, cirúrgicos e de enfermagem diferenciados à criança e família, com necessidade de cuidados intermédios ou intensivos, em situação crítica com risco ou falência das funções vitais. A sua polivalência e multidisciplinariedade destaca-se, no entanto, surge como sendo uma unidade de referência de assistência em neurotrauma grave.

A admissão da criança e família é feita interna ou externamente. Como suporte de base apresenta uma gama tecnológica indispensável para o tratamento de situações de emergência, assegurando um conjunto de técnicas e procedimentos avançados de suporte ventilatório, hemodinâmico e cardiovascular. Além do mais, a equipa reúne esforços conjuntos para minimizar os efeitos secundários da doença ou tratamento para a criança, promovendo a sua recuperação nas diversas vertentes (físicas, psicológicas, espirituais e sociais).

A equipa da unidade é composta por médicos (pediatras intensivistas), por enfermeiros com treino e vivência diária deste tipo de cuidados, assistentes operacionais e uma assistente técnica e administrativa. Esta equipa complementa-se com o apoio sistemático e não circunstancial de técnicos de fisioterapia, psicologia, assistência social, dietética, terapia da fala e assistência religiosa e espiritual.

A equipa de enfermagem para diminuir os efeitos da hospitalização na criança e família e favorecer a atividade lúdica, sempre que a situação clínica o permita, solicita o apoio da educadora de infância. Neste contexto, é frequente a visita da equipa “Operação Nariz Vermelho” e uma equipa de voluntários, considerados parceiros no cuidar.

Desde o momento da admissão, a equipa tem a preocupação de garantir um atendimento individualizado à criança e família, respeitando as suas necessidades e promovendo a humanização do cuidar em enfermagem. Diariamente, as diversas especialidades do hospital prestam apoio à unidade de cuidados intensivos, sempre que solicitados pelos médicos intensivistas, sendo as mais requisitadas as especialidades de cirurgia pediátrica, neurocirurgia, anestesia, neurologia e ortopedia.

As situações clínicas mais frequentes na unidade são inúmeras, em que se podem enunciar algumas como: os politraumatismos, a insuficiência respiratória, a sépsis, a pneumonia, as intoxicações, o coma, as situações que necessitam de suporte ventilatório, o mal convulsivo, o pós-operatório de diversas especialidades, e as patologias que requerem diálise peritoneal, hemodiálise ou hemofiltração.

O método de trabalho instituído é o de enfermeiro responsável, com um rácio de um enfermeiro para duas crianças e respetivas famílias.

Na unidade de cuidados intensivos pediátricos destaca-se, entre todos os profissionais de saúde, a importância atribuída à constante e atual formação, com a finalidade de assegurarem cuidados de qualidade à criança e família, com uma aposta visível nos vários cursos de formação internos ou externos à instituição onde a unidade se enquadra. Ao longo dos tempos e para acompanharem a evolução das tecnologias e práticas na saúde e doença, a unidade tem participado em vários estudos multicêntricos e internacionais. Com o mesmo objetivo a equipa de enfermagem reúne-se mensalmente para uma análise e discussão dos incidentes críticos ocorridos, de onde nasce um conjunto de possíveis intervenções e recomendações, que minimizem a incidência de erros na prática diária.

Quanto à estrutura física a unidade é constituída por dois setores, um contempla os cuidados intensivos com capacidade para seis crianças, em que uma destas vagas pertence ao quarto de isolamento, e a unidade de cuidados intermédios com capacidade para receber 2 crianças (a unidade de cuidados intensivos recebe no máximo oito crianças e respetivas famílias). Fisicamente apresenta: uma sala de pais ou acompanhantes com casa de banho (destacada pelas fotografias de crianças num placar de uma das paredes, oferecidas pelos seus familiares; ambiente descontraído, com revistas à disposição de quem tem a necessidade de por aqui passar); um gabinete do chefe de serviço; um gabinete médico; uma copa; uma casa de banho para os profissionais; a rouparia; os vestiários; a zona de sujos e limpos; uma casa de banho para crianças; a sala de consumíveis e a sala de trabalho. A unidade tem acesso fácil a serviços como a imagiologia e a medicina física e reabilitação.

A sala de cuidados intensivos (a maior de todas), a sala de isolamento e a sala de cuidados intermédios são amplas e o que centraliza as atenções são os mais variados aparelhos de tecnologia atual, que circundam a cama hidráulica/elétrica de cada unidade

do doente. Neste local, para além do suporte ventilatório e da estrutura que abraça todas as seringas infusoras, está um computador com toda a informação do processo clínico do doente. Então, sumariamente, cada unidade do doente é munida de computadores apropriados e respetivos monitores, ventiladores e monitores cardiorrespiratórios.

No serviço, para além do suporte tecnológico e informático referenciado, existe ainda um ventilador de transporte, um ventilador de óxido nítrico e um carro de urgência. Além disso, existe um aparelho que sustenta uma técnica pioneira e inovadora no nosso país designada por ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation).

Dadas as características específicas de uma unidade de cuidados intensivos o ambiente é essencialmente médico e tecnológico, o que é refletido pela ausência de sinais que lembrem uma plena sintonia com o mundo infantil. O ambiente físico, como as cores das paredes, não nos remete para um serviço pediátrico. Em oposição, neste ambiente altamente tecnológico e especializado, surge a boa disposição, a disponibilidade, o humor, a manifestação de afetos por toda a equipa no momento do cuidar da criança e sua família.

Para terminar, gostaria de referir que nesta unidade encontra-se sediado o transporte de crianças gravemente doentes da região centro e sul do país, que integra um médico e um enfermeiro da unidade, durante 24 horas, que têm competências clínicas para assegurar a transferência da criança em estado crítico entre os diversos hospitais.

5. SERVIÇO DE PEDIATRIA ONCOLÓGICA

O centro oncológico está organizado na luta contra o cancro, pelo que reúne profissionais de saúde, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados nesta área. Este centro baseia a sua ação em três vertentes complementares, como o cuidar, o ensinar e a investigação, centralizando-se na pessoa com doença oncológica. Os valores que regem a sua atividade são vários e a sua prioridade é o doente e as suas necessidades, pelo que prevalece, não só uma atitude centrada no doente, como também uma cultura do conhecimento como um bem em si mesmo, de excelência técnica, científica e do cuidar. Esta instituição é constituída por vários serviços, sendo que não se limita à prestação de cuidados especializados na idade adulta, abrangendo também a idade pediátrica. Nesta área os profissionais dirigem a sua prática para o binómio criança/jovem e família.

O serviço de pediatria oncológica, integrado neste centro, é constituído por três setores distintos e complementares entre si: o serviço de internamento, o hospital de dia pediátrico e a consulta externa de pediatria.

Na pediatria são admitidas crianças com doença oncológica médica e cirúrgica, nas diferentes fases da doença (diagnóstico, estadiamento, tratamento curativo/paliativo, internamento ou em fim de vida). A legislação atual contempla a idade até aos 18 anos, mas por falta de recursos humanos, materiais e físicos, este serviço recebe apenas as crianças até aos 15 anos e 364 dias de idade, bem como as suas famílias. Esta faixa etária sofre um alargamento nos jovens têm uma recaída, após algum tempo de remissão da doença e nas situações cujo diagnóstico ocorreu perto dos 16 anos de idade.

A área de abrangência deste serviço é a região sul do país, a região da grande Lisboa e Vale do Tejo, as regiões autónomas da Madeira e Açores e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, pelo que a população é caracterizada com um nível social e económico bastante heterogéneo.

O serviço apresenta como objetivos major: prestar assistência global adequada à criança/jovem e família em todas as fases da doença, na área da oncologia médica e cirúrgica; prestar assistência à criança/jovem e família em regime de ambulatório, através da consulta externa e hospital de dia pediátrico.

A equipa de enfermagem é constituída por mais de 30 elementos, entre a unidade de ambulatório e o serviço de internamento, que inclui a colaboração de um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. A equipa multidisciplinar engloba assistentes operacionais, técnicos administrativos, psicólogo, educadoras de infância, médicos pediatras, assistente social e um dietista. Sempre que necessário é solicitada a colaboração de outros profissionais da instituição, das diferentes especialidades.

A consulta externa funciona três dias por semana, durante o período da tarde, em que a criança e a família é observada pelo pediatra assistente. Nesta consulta não existe um enfermeiro de apoio à consulta, no entanto, vigorando a união e o trabalho de equipa entre os diversos profissionais, sempre que necessário, a equipa de enfermagem disponibiliza-se para dar resposta a situações emergentes e pontuais na consulta. Todavia, segundo o protocolo de serviço, a criança e a família no período da manhã é seguida no hospital de dia pediátrico, onde efetua todos os procedimentos necessários para a consulta (por exemplo, realização de análises, avaliação do peso, da tensão arterial, entre outros). Integrada nesta consulta foi criada uma consulta muito específica designada por consulta dos DUROS (**D**oentes que **U**ltrapassaram a **R**ealidade **O**ncológica com **S**ucesso), vocacionada para o seguimento dos jovens e adultos que estão há cinco ou mais anos sem sinais de doença oncológica, após a conclusão dos tratamentos. A consulta funciona num espaço que acumula outro tipo de consultas dirigidas aos adultos, pelo que a sua estrutura, ainda que renovada e acolhedora, não está por um ambiente pediátrico.

O hospital de dia pediátrico funciona os dias úteis, num espaço próprio para o efeito, contíguo às consultas de pediatria, sendo que aos fins-de-semana e feriados funciona na sala de tratamento do serviço de internamento de pediatria.

Em geral, no hospital de dia de pediatria ocorre o primeiro contacto da criança e família com a equipa de saúde, sendo neste local que é confirmado o diagnóstico de doença oncológica. Genericamente, a equipa de enfermagem direciona a sua intervenção para a avaliação do doente, monitorização e vigilância clínica e laboratorial de curta duração, para a realização de técnicas de diagnóstico e de tratamento invasivas sob anestesia geral e na administração de quimioterapia, através do atendimento programado. Este espaço representa também a urgência pediátrica recebendo prioritariamente crianças que necessitam de assistência imediata, por diversas situações, como as complicações

agudas dos tratamentos como a febre, as náuseas e vômitos e o mau estado geral associado a um estado de imunossupressão grave.

Sempre que possível, todas as crianças são atendidas por ordem de marcação prévia em agenda eletrónica, aguardando a sua chamada para atendimento, no pavilhão lions. Nesta organização de atendimento destaca-se o atendimento prioritário que abrange não só as situações de urgência já mencionadas, como também as crianças que irão realizar alguns procedimentos invasivos (punção lombar, tomografia axial computadorizada e ressonância magnética).

Integrado nesta unidade de ambulatório existe uma sala de biópsias osteomedulogramas, que funciona de forma programada duas vezes por semana. Sob anestesia geral, neste espaço são realizados procedimentos específicos à criança, nomeadamente, a colheita de espécimes através do medulogramas e biópsias osteomedulares. No recobro pós-anestésico a vigilância destas crianças é assegurada pela equipa multidisciplinar do hospital de dia, que presta todos os cuidados inerentes a este tipo de procedimentos até à total recuperação dos doentes, em relação aos efeitos da anestesia.

Quanto à estrutura física à entrada do hospital de dia existe uma pequena sala de atividades onde as crianças e a família aguardam pelo respetivo tratamento (depois de já terem aguardado na sala de espera efetiva, localizada no pavilhão lions). Contíguo a este espaço existe um corredor por onde se distribuem: dois gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, um vestiário com casa de banho para os profissionais, duas salas para sujos e o depósito de resíduos hospitalares.

Para a prestação de cuidados de enfermagem e médicos encontram-se preparadas duas salas. Uma sala de tratamento, de pequenas dimensões destinada a situações de isolamento reverso ou protetor ou sempre que a equipa considere que a situação exige um ambiente mais resguardado e tranquilo.

Uma outra sala, de maiores dimensões, apresenta capacidade para receber dez crianças acompanhadas pelo menos por um familiar. Nesta sala existem diversas macas e cadeirões elétricos, separados entre si por uma cortina de pano colorida com bonecos e animais divertidos. Em simultâneo, nesta sala são efetuadas todas as intervenções de enfermagem, que incluem um grande número e variados tipos de procedimentos dolorosos (punções venosas, pensos de cateter, injeções intramusculares, entre outros).

Neste espaço existe muito ruído, pouca privacidade e a luz é artificial, o que o torna muito reduzido para o sem número de pessoas que acolhe. Estas condições adversas afetam a condição física, emocional e psicológica de todos os intervenientes envolvidos, os profissionais de saúde e a criança e sua família. O ambiente desta sala contribui inevitavelmente para uma sensação de insegurança e desconforto, com repercussões nos níveis de stresse, medo e ansiedade.

A equipa de saúde cresce com uma necessidade constante de dedicação e desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação, que permitam ultrapassar todas estas limitações e corresponder às necessidades da criança e família. numa perspetiva positiva, a amplitude desta sala traz algumas vantagens como a construção e consolidação da relação entre os profissionais e a criança e família e, inclusivamente, entre as próprias crianças e entre os acompanhantes. A visão da totalidade do espaço permite também aos enfermeiros vigiarem todas as crianças que estão em tratamento e detetar precocemente as suas complicações.

A equipa de enfermagem do serviço de pediatria utiliza uma estratégia para minimizar o desconforto provocado pelos procedimentos invasivos, que consiste num carrinho de prendas ambulante, com brinquedos e outros materiais lúdicos que fica à disposição da criança após a intervenção.

Tal como já foi mencionado anteriormente, a sala de espera do hospital de dia pediátrico funciona num pavilhão externo ao serviço, o qual proporciona às crianças e suas famílias atividades lúdicas. Neste local existe uma educadora de infância e uma assistente operacional, que colaboram em parceria em todas as atividades. Este espaço adapta-se a todas as faixas etárias e está equipado com meios audiovisuais (televisões, computadores, consolas de jogos), os mais variados brinquedos (livros, bonecos, jogos didáticos, legos, entre outros) diverso material didático. Enquanto a criança aguarda neste espaço, pelo seu atendimento em hospital de dia ou na consulta, vai desenvolvendo várias atividades lúdicas. Desta forma, facilmente se percebe a importância atribuída pela equipa de saúde à atividade do brincar e à promoção do seu desenvolvimento e crescimento individual e social, mesmo num contexto de doença e em ambiente hospitalar.

O serviço de internamento fica situado no pavilhão adjunto ao pavilhão onde funciona a consulta externa e o hospital de dia de pediatria. O serviço de internamento é um serviço

de grandes dimensões, com duas amplas alas, que tem a capacidade para acolher cerca de vinte e três crianças e respetivas famílias. À entrada somos recebidos com dois amplos corredores de cor azul-marinho, onde se encontram vários quadros que exibem camisolas com autógrafos dos mais conhecidos jogadores de futebol do nosso país e fazem as delícias de todos os que ali passam.

Este serviço é constituído por várias unidades, como a unidade de isolamento, a unidade especial de vigilância, a enfermaria “academia dos adolescentes” e os restantes quartos com uma utilização polivalente. Todos os quartos têm televisão e contemplam pinturas animadas e coloridas nas paredes, adaptados à idade pediátrica.

O serviço de internamento tem uma sala de recreio, amplo e muito completo em termos de variedade de matérias lúdicas e didáticas, dirigidos a todas as faixas etárias. Contíguo a este espaço existe um local de lazer, onde os pais, familiares ou outros acompanhantes da criança podem usufruir de uma ambiente descontraído e tranquilo, com uma varanda com vista para exterior.

A tendência atual é a existência de uma redução do tempo e do número de internamentos, no entanto, existe um vasto conjunto de motivos para o internamento da criança e família, tais como, a realização de tratamentos de quimioterapia, o isolamento reverso ou protetor (imunossupressão grave ou infeções oportunistas), preparação pré-operatória e assistência pós cirúrgica, assistência à criança e família em fim de vida, entre outros.

A organização dos cuidados de enfermagem baseia-se no método individual de trabalho, com um enfermeiro responsável por cada criança, que lhe é atribuído no momento da admissão no hospital. Para além deste método, a equipa de enfermagem desenvolve a sua intervenção com base no modelo assistencial de Enfermeiro de Referência, garantindo a prestação de cuidados individualizados à criança e família com cancro, dando resposta às suas necessidades específicas. Este modelo permite ao enfermeiro conhecer de forma aprofundada a criança e família, assegurando uma prestação de cuidados personalizada e humanizada. O enfermeiro de referência dedica-se a atividades específicas, como:

- Participação na reunião com o pediatra no momento da admissão da criança e família, onde é feita a comunicação do diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença;

- Encaminhamento da criança e família para as diferentes especialidades, articulando com outros profissionais (assistente social, psicóloga, dietista), de acordo com as necessidades identificadas;
- Registo da intervenção de enfermagem no hospital de dia e internamento, no sistema informático na “pasta de enfermagem de referência” (possibilita que todos os profissionais acedam ao histórico da criança e família desde a sua admissão);
- Articulação com serviços da comunidade, como centros de saúde e hospitais da área de residência da criança, com envio da carta de referência (assegura a continuidade de cuidados à criança e família na sua comunidade).

A implementação do enfermeiro de referência possibilita o estabelecimento de uma relação de confiança mútua entre todos os intervenientes no cuidar, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados.

É filosofia do serviço de pediatria a integração dos pais nos cuidados à criança, permitindo que estes participem sempre que o consigam e desejem fazer. Efetivamente existe um trabalho em parceria com os pais no cuidar da criança, sendo estes sempre envolvidos. Neste cuidar em parceria é também visível a flexibilidade da equipa de saúde, que objetiva satisfazer as necessidades das crianças e famílias.

No serviço de pediatria existe uma complementaridade na intervenção `criança e família com o recurso a organizações e projetos externos ao hospital, nomeadamente, a Liga Portuguesa Contra o Cancro, a Acreditar, a Operação Nariz Vermelho e a Associação Portuguesa de Música nos Hospitais, entre outras instituições de solidariedade social. Esta articulação é realizada a título individual ou empresarial, mas o seu objetivo major passa por contribuírem para o bem-estar físico, psíquico e social das crianças e famílias, que são confrontadas com a doença oncológica. Como parte integrante do apoio hospitalar existe o lar de doentes, que tal como o lar da associação Acreditar, prestam apoio logístico às famílias que residem longe do hospital e têm necessidade de permanecer durante algum tempo na região de Lisboa, para poderem realizar o devido acompanhamento no serviço de pediatria, sem existir um internamento.

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS



**Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013**

INDÍCE

0.NOTA PRÉVIA DA ENTREVISTA	3
1.GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À DIRETORA DO JARDIM-DE-INFÂNCIA	5
2.GUIÃO GERAL DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	6
3.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	7
3.1. Entrevista no jardim-de-infância	7
3.2. Entrevista na unidade de saúde familiar	9
3.3. Entrevista no serviço de urgência pediátrica	10
3.4. Entrevista na unidade de cuidados intensivos pediátricos	13
3.5. Entrevista no serviço de oncologia pediátrica	15

0. NOTA PRÉVIA DA ENTREVISTA

A entrevista é um encontro previsto e planificado, em que existe uma interação entre seres humanos, mas fundamentalmente é um contato que prima pela existência do conhecimento, aceitação e respeito mútuo, transformando-se num momento oportuno para a colheita de informações (Phaneuf, 2005). A mesma autora refere que devem ser estipuladas etapas, que podem ser lineares ou até fundirem-se entre elas, para o seu bom desenvolvimento. Estas etapas são “...a *preparação, orientação, a exploração e a conclusão*” (Phaneuf, 2005, p. 251). Este guião representa o reflexo destas etapas e foi imprescindível para a colheita de dados para o relatório de estágio intitulado “*Cuidar da criança e família com cancro - A gestão de emoções através do brincar terapêutico*”.

O objetivo das entrevistas semiestruturadas centrou-se na obtenção da perceção dos enfermeiros sobre o uso da atividade do brincar na gestão das emoções no cuidar da criança e família, que constitui o objeto de estudo nos diversos contextos (na urgência pediátrica, em cuidados intensivos pediátricos ou em oncologia pediátrica). Assim, considerando o significado da palavra *perceção*, que se traduz como sendo a “*ação de conhecer, pela inteligência ou entendimento, independentemente dos sentidos*”, os resultados obtidos no final desta entrevista traduzirão o conhecimento que o enfermeiro entrevistado tem sobre esta temática, perspetivando-se que a sua perícia clínica revela a realidade da sua prática de enfermagem. (<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/> consultado a 7 de Novembro de 2012).

Na introdução da entrevista transmiti ao entrevistado a importância da sua participação e contributo, enquanto perito experiencial na sua área de intervenção. A entrevista tem uma duração aproximada de vinte minutos, incidindo em questões abertas de resposta livre, em que predomina um vocabulário claro e acessível, ainda que rigoroso. O registo efetivo da entrevista foi iniciado com a caracterização e descrição, não só do ambiente, como também do entrevistado. Nesta entrevista foi assegurada a privacidade e anonimato do entrevistado, bem como a confidencialidade no tratamento, análise e divulgação dos dados obtidos. O seu registo foi efetuado em suporte de papel, existindo um pedido informal do consentimento do entrevistado. No final da entrevista foi feito um agradecimento ao entrevistado pela sua disponibilidade e reforçada a importância da sua participação.

Estruturalmente, este documento está organizado de forma a apresentar em primeiro lugar o guião de entrevista à diretora do jardim-de-infância, dada a especificidade deste contexto e, posteriormente, o guião geral de entrevista aplicado nos restantes locais de estágio. De seguida, é feita uma exposição das respostas de todos os entrevistados. A conclusão finda esta atividade e culmina num resumo dos conteúdos que mais se destacaram em cada entrevista.

1. GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA À DIRETORA DO JARDIM DE INFÂNCIA

Dadas as características específicas do contexto educativo do jardim-de-infância foi necessário elaborar um guião de entrevista dirigido à diretora da referida instituição, o qual é apresentado de seguida.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Caraterização do ambiente da entrevista:

- Local/contexto
- Duração efetiva

Caraterização do entrevistado:

- Idade e sexo
- Tempo de exercício profissional e atividade/cargo na instituição

As questões serão as seguintes:

1. O brincar é um dos direitos da criança. De que forma é que a dinâmica da instituição possibilita o desenvolvimento das atividades educativas através do brincar? (Que diretivas suportam estas atividades? Existem projetos em curso? Quais? Que critérios seguem na seleção do material didático?)

2. A atividade do brincar facilita a gestão da emocionalidade da criança. Gostaria de falar um pouco sobre a sua perceção quanto à eficácia da utilização desta estratégia no ambiente educativo?

3. A atividade do brincar tem efetivamente benefícios para a criança, influenciando o seu desenvolvimento e contribuindo para a estabilidade emocional da criança e família. O que gostaria de acrescentar em termos de contributos para o desenvolvimento infantil?

2. GUIÃO GERAL DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

O presente guião destina-se a orientar as entrevistas dirigidas aos enfermeiros chefes ou coordenadores dos diferentes contextos de estágio (unidade de saúde familiar, serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos pediátricos e serviço de oncologia pediátrica).

GUIÃO GERAL DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A descrição do ambiente da entrevista contempla os seguintes aspetos:

- Local, contexto e duração efetiva da entrevista.

Além disso, será realizada uma breve caracterização do entrevistado, salientando-se:

- A idade e o sexo; o tempo de exercício profissional e a atividade/cargo na instituição.

As questões orientadoras são as seguintes:

1. O brincar é um dos direitos da criança, tem influência no desenvolvimento infantil e favorece a estabilidade emocional da criança e da família.

a) Tendo em conta a sua experiência pessoal e profissional, de que forma é que o brincar se integra nos cuidados de enfermagem à criança e família (considerando as etapas do desenvolvimento infantil)?

2. A atividade do brincar facilita a gestão da emocionalidade da criança.

a) Na sua opinião, de que forma é que a prática de cuidados de enfermagem pode proporcionar uma experiência emocionalmente positiva para a criança e família (consoante o contexto)?

b) Gostaria de falar um pouco sobre a importância da utilização do brincar na gestão de emoções num processo de saúde/doença?

3. A atividade do brincar constitui uma estratégia de preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos, minimizando o sofrimento emocional associado a esta experiência.

a) No decurso da sua prática, quais as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na preparação da criança para os procedimentos dolorosos?

b) Quais os fatores que podem influenciar o uso ou não desta atividade na intervenção de enfermagem?

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Os resultados apresentados dizem respeito às repostas dadas na sequência da implementação dos guiões de entrevista em cima esquematizadas. Portanto, a ordem de cada resposta acompanhará a sequência de cada guião. Os resultados aqui apresentados representam uma tradução na íntegra das respostas dos elementos entrevistados.

3.1. Entrevista no jardim-de-infância

Caraterização do ambiente da entrevista:

- Local e contexto – Jardim-de-infância/Gabinete de coordenação;
- Duração efetiva da entrevista – 25 minutos.

Caraterização do entrevistado:

- Idade e sexo – 42 anos e sexo feminino;
- Tempo de exercício profissional e atividade/cargo na instituição – 23 anos de prática profissional (destaque para a sua evolução pessoal e profissional, em que esteve 8 anos como auxiliar educativa e 15 como educadora, sendo que os dois últimos são de coordenação da área educativa da instituição).

Pergunta 1.

“A dinâmica da instituição e, por consequência, as atividades educativas, como o brincar, obedecem às orientações curriculares do ministério da educação. A metodologia valorizada é o brincar a aprender, indo sempre ao encontro do interesse de temáticas que surgem da parte de cada criança. O nosso foco são as aprendizagens ativas e, apesar das pressões para cumprir os objetivos a que nos propomos, nunca é deixada de parte a especificidade de cada criança, no entanto, as formas de trabalhar depende também de cada educadora de sala”.

“Este ano temos um projeto de leitura, que inclui dois livros, é comum a todas as salas e é neste momento o único projeto educativo a seguir, segundo as orientações do próprio ministério”.

“As salas estão organizadas por áreas temáticas e a obtenção do material é feita de acordo com as necessidades específicas das crianças, tendo em conta a idade pré-escolar. Os materiais são adquiridos para as várias áreas como o desenho, a leitura, a ciência e o conhecimento, todos com as verbas da instituição. O único material que é pedido aos pais é material didático, tais como, canetas, lápis e papel, no início de cada ano letivo. Segundo as regras de cada sala a criança pode trazer brinquedos, mas de acordo com a permissão das educadoras”.

Pergunta2.

“Eu gostaria de realçar em primeiro lugar o estabelecimento de uma relação afetiva com a criança, que é uma construção diária, contínua e que exige muita compreensão. Existe uma exigência constante em estarmos atentas às manifestações da criança em termos emotivos. Grande parte das vezes funciona muito bem com a implementação de atividades lúdicas que possibilitam a expressão dos sentimentos, pelo que posso até dar alguns exemplos, como a utilização dos jogos do faz de conta ou da dramatização”.

“No meu entender o brincar é uma estratégia muito eficaz para gerir emoções diárias, principalmente se existir um ambiente educativo propício à sua manifestação. Acredito que toda a equipa se esforça no sentido de criar um ambiente favorável, um ambiente de confiança em que a criança exprime as suas frustrações, a sua tristeza, a sua alegria”.

Pergunta 3.

“Não tenho quaisquer dúvidas que brincar é o trabalho da criança e, portanto, influencia o seu normal desenvolvimento. O que posso acrescentar é que é importante estimular as equipas de contato com a criança, sem esquecer a ligação, o envolvimento e a implicação dos pais neste processo. Motivarmos os outros a pensar, a refletir sobre a gestão dos seus próprios sentimentos e emoções, para depois conseguirem lidar com as dificuldades do dia-a-dia, porque não há dúvida que a instituição escola é uma influência ativa e importante na transmissão de valores e atitudes que têm repercussões na idade adulta”.

3.2. Entrevista na unidade de saúde familiar

Caracterização do ambiente da entrevista:

- Local e contexto - Unidade de saúde familiar/Gabinete de enfermagem;
- Duração efetiva da entrevista - 15 minutos.

Caraterização do entrevistado:

- Idade e sexo – 49 anos e sexo masculino;
- Tempo de exercício profissional - 24 anos de prática profissional (não especificou percurso profissional);
- Atividade/cargo na instituição - Coordenador da unidade de saúde familiar e do serviço de atendimento permanente, especialista em enfermagem na área de saúde infantil e pediatria.

Pergunta 1.

a) *“Durante as consultas de saúde infantil, onde é feita a avaliação do desenvolvimento infantil, o desenho é uma atividades muito frequentes, por exemplo, no exame global de saúde entre os 5 e os 6 anos de idade. Trabalhamos as áreas sensoriais da criança e temos em consideração a sua unicidade”.*

Pergunta 2.

a) *“O nosso contributo ao nível emocional passa pela comunicação, através de um olhar, de um sorriso. A linguagem gestual durante a interação é muito importante para que a experiência seja positiva”.*

b) *“Por falta de tempo e de motivação o brincar nem sempre é utilizado na abordagem à criança, ainda assim, é muito importante para a gestão de emoções, porque permite a socialização com a criança”.*

Pergunta 3.

a) *“Penso que uma das estratégias que a equipa utiliza é a forma como acolhe as famílias e também como usa o humor na prática dos cuidados e entre a própria equipa. O ambiente físico ajuda também a distrair a criança, apesar da falta de recursos que temos. No meu entender, acaba por haver uma uniformização dos cuidados e uma humanização dos mesmos”.*

b) *“As nossas decisões são partilhadas e os nossos objetivos não são os números, mas sim o bem-estar de quem cuidamos. Assim, o brincar é utilizado sempre que possível”.*

3.3. Entrevista no serviço de urgência pediátrica

Caracterização do ambiente da entrevista:

- Local e contexto – Serviço de urgência de pediatria/Gabinete de enfermagem;
- Duração efetiva da entrevista - 25 minutos.

Caraterização do entrevistado:

- Idade e sexo – 43 anos e sexo feminino;
- Tempo de exercício profissional - Exercício profissional há 20 anos na área da pediatria (17 anos em cuidados intensivos, 3 anos em urgência pediátrica, 2 anos em cardiologia pediátrica em funções de acumulação e 1 ano em puerpério e berçário, transporte pediátrico desde o seu início do ano 2010).
- Atividade/cargo na instituição - Coordenadora do serviço de urgência de pediatria, especialista em enfermagem na área da saúde infantil e pediatria.

Pergunta 1

a) *“Através da brincadeira a criança aprende aquilo que ninguém lhe pode ensinar, ou seja, aprende sobre o seu mundo e as formas como lidar com ele, conhecendo-se a si própria. Penso que os valores específicos da brincadeira e as suas funções durante a infância incluem o desenvolvimento sensório-motor, intelectual, socialização, criatividade, autoconsciência entre outros. Para mim, o brincar não tem de ser necessariamente*

sinónimo de atividade, mas nas brincadeiras existe envolvimento e ação dos músculos, articulações, ossos, visão, audição e percepção dos movimentos, coordenação entre o cérebro e o corpo. Logo, o brincar é uma ótima forma de explorar o mundo físico e a maturidade sensorial, motora, cognitiva e intelectual, bem como estimular o desenvolvimento das competências sociais da criança em que nós próprios estabelecemos regras”.

“Posso relatar uma experiência pessoal. Ainda sem ter muita consciência dos benefícios do brincar durante a hospitalização de uma criança e tendo a intenção que o nosso filho crescesse com uma visão das limitações e necessidades que as crianças internadas viviam, durante os fins-de-semana que estava a trabalhava, ele ia por períodos brincar com alguns dos meninos que estavam na unidade. Mesmo quando ventilados, em que a comunicação verbal estava comprometida, rapidamente percebi que pelo facto de serem estimulados com o brincar a sua adaptação ao ventilador melhorava, ficavam mais tranquilos. Além disso, acabavam por ser mobilizados sem cariz obrigatório. Assim sendo, julgo que o brincar é um direito da criança e fazendo uso dele passei a ter maior colaboração e envolvimento da criança e família no processo terapêutico”.

Pergunta 2

a) “Através das atividades de brincar é possível aceder às vivências da criança, identificar algumas das suas necessidades. Acredito que o brincar constituiu-se como um espaço que possibilita escolhas e a livre expressão da criança e penso que com a sua integração nos cuidados podemos: melhorar a relação e comunicação; melhorar a compreensão e aceitação de procedimentos pela criança; conhecer as necessidades individuais da criança; manter a integridade da criança/família. A brincadeira terapêutica permite trazer bem-estar à criança, ajudando-a a expressar emoções e a lidar com medos e preocupações, permitindo-nos conhecer os seus sentimentos e as suas necessidades específicas. O brincar integrado nos cuidados de enfermagem poderá ser usado com várias finalidades, assumindo sempre no meu ponto de vista uma intencionalidade terapêutica”.

b) “Na minha prática diária aproveito o brincar livre, que surge espontaneamente, não é orientado, é conduzido pela criança, que utilizo com a finalidade de distração e prazer, permitindo à criança brincar com todos os materiais disponíveis no serviço, permitindo

assim a expressão das suas emoções. Outras vezes utilizo o brincar dirigido, mas este implica uma programação, estruturação e definição de temas e fins específicos, onde é permitido a criança manipular e explorar o material com o qual se depara a experiência da hospitalização. Brincar com luvas, máscaras, seringas, facilita a sua adaptação e compreensão, por exemplo, na preparação pré operatória da criança”.

“A brincadeira adquire valor terapêutico em qualquer idade e liberta a criança e a família de tensões, stresse e receios que nascem num ambiente como o da urgência. Ao brincar a criança exprime as emoções, os sentimentos, e os impulsos inaceitáveis de uma forma socialmente aceitável. Pelas vivências que eu tenho nas brincadeiras a criança acaba por revelar muito de si, permitindo que os enfermeiros identifiquem as suas necessidades e desejos, mesmo quando não comunica verbalmente. Mas na brincadeira a criança necessita de aceitação por parte dos adultos e da sua presença, como suporte no controlo e canalização das suas reações negativas e agressivas. E neste ponto nós profissionais ainda temos um longo caminho a percorrer”.

Pergunta 3

a) “Num serviço de urgência pediátrica, a maioria dos cuidados são urgentes e alguns emergentes e para confirmarmos um diagnóstico, normalmente, são necessários vários exames complementares de diagnóstico e procedimentos invasivos. O tratamento da dor nem sempre é prioritário ou mesmo preventivo, embora a equipa de enfermagem esteja cada vez mais a trabalhar esta área. As estratégias de distração através da brincadeira e a música, devido à falta de tempo e à necessidade de rapidez e eficiência nas ações de enfermagem, talvez sejam as mais utilizadas”.

b) “A falta de tempo, motivação, conhecimento e imperatividade de atuação imediata são fatores que influenciam o brincar na urgência. Em consequência, este aspeto tão importante na humanização dos cuidados e na promoção do bem-estar e conforto da criança na transição saúde-doença, é relegado para segundo plano e esquecido por muitos profissionais de enfermagem. Acredito que a atitude e postura dos profissionais são essenciais na abordagem às crianças e famílias. O humor e a boa disposição por parte dos profissionais podem ser suficientes para aliviar o stresse e controlar a dor, da criança que recorre à urgência. Estas técnicas são eficazes, económicas e requerem pouco tempo, porque as crianças estão distraídas durante o procedimento, não exigindo

grande preparação prévia. Contudo, é importante não esquecer a segurança e conforto da criança e o distrair não é desvalorizar os sentimentos da mesma. É muito importante a presença de alguém de confiança ao seu lado”.

3.4. Entrevista na unidade de cuidados intensivos pediátricos

Caracterização do ambiente da entrevista:

- Local e contexto - Unidade de cuidados intensivos pediátricos/ Gabinete de enfermagem;
- Duração efetiva da entrevista – 15 minutos.

Caracterização do entrevistado:

- A idade e sexo - 49 anos e sexo feminino;
- Tempo de exercício profissional - Exercício profissional desde há cerca 21 anos, tendo prestado cuidados em diversos serviços, como o serviço de pneumologia de adultos e o serviço de doenças infetocontagiosas da pediatria. Atualmente, encontra-se na unidade de cuidados intensivos pediátricos, há cerca de 14 anos;
- Atividade/cargo na instituição - Chefe de serviço especialista em enfermagem na área de medicina física e da reabilitação.

Pergunta 1.

a) “As crianças do nosso serviço têm idades compreendidas entre os 0-18 anos e as atividades são realizadas de acordo com a idade. Os enfermeiros articulam com as educadoras sempre que necessário. Estas têm mais prática, mais tempo e mais formação. Em internamentos prolongados os enfermeiros utilizam, sobretudo, os videojogos e os livros temáticos. Contudo, a oportunidade que temos é estreita pela gravidade da doença e o brincar passa para segundo plano. Mas também depende da disponibilidade e da apetência de cada um de nós para o fazer. Por exemplo, alguns enfermeiros exemplificam alguns procedimentos através do brincar, por exemplo, com um boneco. A nossa prioridade passa por salvar vidas e na maioria das situações, quando a criança está estável é transferida para outro serviço”.

Pergunta 2.

- a) *“Gerir as emoções num contexto em que o estado da criança é crítico não é nada fácil, mas o brincar não deixa de ser um dos direitos da criança. É fundamental utilizar o brincar na recuperação da criança, para obtermos uma melhor resposta da criança aos tratamentos. Além disso, contribuir para o desenvolvimento da criança através das atividades lúdicas permite que a criança tenha uma resposta mais positiva face ao processo de doença. Em cuidados intensivos muitas das vezes não é possível brincar com a criança pela sua condição física e por falta de oportunidade de colocar em prática esta intervenção “.*
- b) *“Acredito que a atividade do brincar pode atenuar o sofrimento da criança e família, criando momentos de escape e, muitas das vezes, é fundamental criar oportunidades de brincarmos para que a gravidade da situação seja atenuada. Mas esta atividade permite também estabelecermos uma relação de descontração e de brincadeira entre os vários intervenientes do cuidar, contribuindo para gerir o stresse e a sensação que todos podem experimentar... Como a incapacidade ou a sensação de impotência de atuação perante certas situações”.*

Pergunta 3

- a) *“Pela gravidade das mais diversas situações críticas, grande parte das vezes a equipa de enfermagem não tem oportunidade para preparar a criança, até porque a nossa intervenção é no imediato”.*
- b) *“Em cuidados intensivos a emergência das situações clínicas e a instabilidade hemodinâmica da criança são os dois fatores que interferem no uso do brincar terapêutico nas práticas de enfermagem. Contudo, gostaria de salientar que nem sempre os cuidados têm de ser intensivos, mas já existe uma formatação prévia na nossa atuação com as rotinas implementadas. Podemos sempre estimular a família a interagir com a criança e usar o brinquedo como forma de comunicação”.*

3.5. Entrevista no serviço de oncologia pediátrica

Caracterização do ambiente da entrevista:

- Local e contexto – Serviço de oncologia pediátrica/Gabinete de enfermagem;
- Duração efetiva da entrevista – 25 minutos.

Caracterização do entrevistado:

- A idade e sexo - 39 anos e sexo feminino;
- Tempo de exercício profissional - 18 anos
- Atividade/cargo na instituição - Enfermeira na prestação de cuidados e coordenação

Pergunta 1.

a) *“A brincar aprendemos o que é viver de uma forma descontraída e divertida, frequentemente enquanto adultos esquecemo-nos da importância do brincar na nossa vida, como forma de mantermos o equilíbrio interior. Mantermos a nossa criança interior viva é fundamental para mantermos a capacidade de sonhar, de acreditar, de nos divertirmos, de sermos criativos e de vivermos descontraídos...Brincar faz parte de ser criança e enquanto pessoa e mãe, apercebo-me frequentemente o como deixo que a forma agitada e desequilibrada em que vivo, me afasta do essencial, nomeadamente da importância do brincar (quando corro nas minhas actividades diárias e vejo os meus filhos usando todos os pretextos para brincarem apercebo-me do quanto estou errada). Enquanto enfermeira passa-se o mesmo, tenho a consciência da importância do brincar para a criança e com particular relevância em momentos desconhecidos, que causam receios, em que o brincar pode e deve ser sem dúvida uma forma natural da criança e a família lidarem com a doença e tudo o que esta implica. Como enfermeira o brincar deve ser uma actividade usada de forma consciente e orienta, com fins específicos de acordo com os casos (exemplo: a preparação para uma cirurgia, em que podemos com legos, com bonecos... simular um bloco, explicando tudo o que vai acontecer à criança...; a realização de um penso, faze-lo com a criança num boneco...). Infelizmente, o excesso de trabalho, bem como a diversidade de actividades que temos de desempenhar ao longo do dia fazem-nos esquecer a excelência do cuidar em pediatria.”*

Pergunta 2.

a) *“Sempre que conseguimos enquanto profissionais proporcionar momento de conforto, carinho, apoio e diversão, sempre que a criança e família se sentir reconhecida enquanto seres humanos, para além do facto de estarem com uma doença oncológica, conseguimos que a experiencia relacionada com a passagem pelo hospital seja apesar todas as possíveis dificuldades, agradável e gratificante. Prova disso são os familiares que nos continuam a visitar, mesmos depois da morte da criança, dizendo que fazemos parte das suas vidas e que somos nós que melhor compreendemos o que eles sentem, porque partilhámos as suas vivências”*

b) *“Através do brincar é possível tornar até divertido actividades como a realização de um penso, em que a criança pode participar e escolher um penso com uma forma à sua escolha (coração, nuvem, o carrinho) ou fazer um desenho ou escrever de uma cor escolhida pela criança no seu livrinho de cvc. Pequenos pormenores que não ocupam muito tempo e que podem fazer a diferença, obviamente o ideal era termos mais tempo e primeiro fazermos o penso a um boneco ou lermos uma história direccionada para esta actividade ou outra...Fazermos um teatro com fantoches que retractasse o hospital, com as suas vivências diárias. Tudo era possível fazer se deixássemos a nossa criança interior trabalhar connosco e ser também enfermeira..*

Pergunta 3

a) *” Sempre que possível tentamos minimizar a dor associada aos procedimentos com analgésicos (tópicos, EV, PO, rectal...) ou mesmo anestesiando a criança. Explicar o procedimento à criança minimiza a fantasia face ao que pode acontecer, bem como explicar à família para que possa estar mais calma e colaborar connosco e com a criança no procedimento.*

Nós próprios, profissionais termos uma atitude calma, disponível, também contribui para que a criança e a família descontraiam e a dor que por vezes é difícil evitar, será certamente menor se não estiver associada ao medo. Minimizarmos a dor física, mas também a psicológica”.

b) *“O excesso de trabalho é frequentemente o nosso “grande inimigo”. Eu sou particularmente crítica face ao nosso trabalho e muito autocritica, levando-me por vezes até à frustração, mas depois de responder a este questionário penso que tendo em conta*

a forma como trabalhamos até desenvolvemos um bom trabalho, mas com muito espaço para melhorarmos.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

(<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/> consultado a 7 de Novembro de 2012).

FICHAS DE LEITURA



**Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013**

INDÍCE

0.NOTA INTRODUTÓRIA DAS FICHAS DE LEITURA	3
1.FICHA DE LEITURA Nº 1	5
2.FICHA DE LEITURA Nº 2	7
3.FICHA DE LEITURA Nº 3	9
4.FICHA DE LEITURA Nº 4	11
5.FICHA DE LEITURA Nº 5	13
6.FICHA DE LEITURA Nº 6	15
7.FICHA DE LEITURA Nº 7	17
8.FICHA DE LEITURA Nº 8	19
9.FICHA DE LEITURA Nº 9	21

0. NOTA INTRODUTÓRIA

A profissão de enfermagem tem vindo a atravessar profundas e constantes alterações que são indutoras de reestruturações e, ao mesmo tempo, suscitam no enfermeiro um empenhamento pessoal e profissional na busca de mais conhecimento científico, para se ajustar às inovações que contribuem para a qualidade dos cuidados à criança e família. Silva (2003) partilha desta premissa defendendo que para garantirmos a melhoria da qualidade dos serviços é importante existir um investimento na atualização da formação dos profissionais, para que o desempenho positivo das suas funções seja atingido. Além disso, nas mais diversas situações da prática clínica deve existir uma conjugação de conhecimentos, que permitem adequar os profissionais à explosão de informação científica e à imposição de responsabilidades morais debatidas na atualidade.

O cuidar da criança e da sua família deixa de ser apenas um compromisso, mas transforma-se num verdadeiro desafio para o profissional de enfermagem. E neste desafio a busca do conhecimento confrontou-me com a vasta quantidade de informação encontrada em artigos científicos de enfermagem. Assim, foi imprescindível a concretização de um documento que transparecesse o meu empenho na análise, reflexão e interiorização de conceitos e conteúdos que os artigos apresentavam, sobretudo, os que estavam relacionados com o cuidar em enfermagem pediátrica, onde as emoções e o brincar terapêutico fossem referência. Este documento surge com a necessidade de estruturar a atividade formativa por intermédio da elaboração de fichas de leitura.

As fichas de leitura orientaram o meu raciocínio clínico, estando ciente que o seu desenvolvimento ocorre com a aquisição de conhecimentos científicos que aprimoram uma prática com um pensamento crítico. Esta necessidade formativa permitiu-me consolidar e acrescentar mais conhecimento associado à temática do brincar terapêutico, contribuindo necessariamente para uma prática baseada na evidência científica.

As fichas de leitura apresentadas traduzem-se num resumo de artigos, cuja pertinência vai ao encontro da temática estudada, a qual consiste no “Cuidar da criança e família com cancro com enfoque na gestão da emocionalidade das suas vivências”.

Inicialmente, investi numa pesquisa documental de artigos com evidência científica, em bases de dados internacionais, recorrendo a palavras-chave como o brincar terapêutico,

cuidar em enfermagem e a gestão de emoções. Alguns artigos foram também referenciados nas unidades curriculares ao longo dos anteriores semestres do presente curso de mestrado em enfermagem. E nesta atividade, tal como salientam Polit e Beck (2003), considerei que pesquisar passa por investigar sistemática e metodologicamente um tema, para esclarecer dúvidas ou resolver problemas, com o objetivo final de desenvolver, aperfeiçoar e expandir um corpo de conhecimento.

A escolha intencional dos artigos incidiu na pertinência das principais ideias chave dos vários autores, que foram aqui registadas sinteticamente. Assim, com maior rapidez acedi ao conteúdo de cada artigo, dispensando a sua leitura repetida.

Quanto à leitura, esta constituiu um processo orientado, numa primeira fase efetuei uma leitura geral de cada artigo, para reter a mensagem central transmitida pelo autor. Numa segunda fase, procurei os conceitos e as principais ideias do autor, relacionando esta informação com o meu tema. Numa terceira fase, investi num resumo da informação para constituir o conteúdo da ficha de leitura, evocando as citações mais relevantes e que podem suportar teoricamente a construção das reflexões individuais sobre o brincar terapêutico na gestão das emoções.

Para terminar saliento que cada ficha de leitura, inicialmente, contempla os aspetos mais importantes da caracterização do artigo, em que destaco o nome do artigo, os autores, a data de publicação e a fonte de publicação. Como método organizativo, apresento as ideias e conceitos de cada artigo, as ideias chave e as citações mais relevantes para o estudo da minha temática, que no seu conjunto são reflexo das principais ideias do autor.

1. FICHA DE LEITURA 1

Nome do Artigo: “EXPLORING THE RELATIONSHIP BETWEEN CARING, LOVE AND INTIMACY IN NURSING”

Autor: Maura Dowling

Data de Publicação (Ano e Mês): Outubro 2004

Fonte do Artigo: British Journal of Nursing, Vol. 13, Nº 21

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

Neste artigo, a autora estuda as cinco perspectivas do cuidar que um enfermeiro manifesta com os doentes, que ilustram a relação existente entre o amor, a intimidade e o cuidar. Assim, são descritas cinco perspectivas: o cuidar como uma intervenção terapêutica, o cuidar como um afeto, o cuidar como um imperativo moral, o cuidar como uma interação interpessoal e o cuidar como um traço humano.

No cuidar como uma intervenção terapêutica, a intimidade entre um profissional e os doentes é quase nula. Aqui o enfermeiro adapta as suas ações de cuidado aos doentes, mantendo sempre um distanciamento emocional. Por sua vez, no cuidar como um afeto este ato é descrito como um ato de compaixão que motiva o enfermeiro a cuidar dos doentes. Ao cuidar como um imperativo moral, deixa de existir a condição “*o sujeito torna-se parte do objeto*”, sendo o sujeito os doentes, ou seja, o enfermeiro está sempre ciente das necessidades dos doentes. Aqui, os enfermeiros reconhecem que a doença força uma extrema vulnerabilidade nos doentes, tendo estes necessidade de uma relação de confiança para com os profissionais. No cuidado como uma interação interpessoal, o enfermeiro e os doentes comunicam abertamente e respeitam-se mutuamente. Nesta perspectiva existe uma reciprocidade onde o enfermeiro também é recompensado com o cuidar do doente, indo contra os princípios de empenho e compromisso do enfermeiro em querer o bem do outro antes do próprio, sem reciprocidade. Inclusivamente, a exigência emocional desta perspectiva pode levar à incerteza do enfermeiro quanto ao seu papel ser pessoal ou profissional, resultando possivelmente num estado de “*burn out*”. Ao cuidar como um traço humano, o enfermeiro desenvolve uma grande consciência do valor pessoal de cuidar dos doentes, sugerindo um tipo distinto de relacionamento subjetivo

entre o enfermeiro e os doentes, o que é o oposto da relação profissional esperada entre enfermeiros e doentes.

Das cinco perspetivas descritas, a autora revelou que cuidar como um imperativo moral é a mais adequada e relevante para enfermeiros, pois o profissional mantém um certo distanciamento emocional (não procura intimidade), mas sente a necessidade de criar uma relação de confiança com os doentes e está sempre atento às suas necessidades.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

A autora revela que no cuidar dos doentes, o enfermeiro sente uma necessidade de empenhamento/compromisso e a vontade de querer o bem dos doentes acima do seu próprio bem. É também referido que a preocupação de um enfermeiro com os doentes, impede este último de se colocar numa posição de objeto. Os doentes encontram-se numa condição de vulnerabilidade e têm necessidades que o profissional não tem, estando dependentes de uma relação de confiança onde, mesmo existindo um distanciamento profissional, persiste um sentimento de compromisso e compreensão.

C. Citações importantes do documento

Das cinco perspetivas do cuidar, na opinião da autora cuidar como um imperativo moral detém a maior importância para os enfermeiros. Isto é justificado porque o estabelecimento de uma relação de cuidar é essencialmente uma relação moral onde as restantes quatro perspetivas podem ter uma base. Para além disso, os doentes são vulneráveis e dependem de uma relação de confiança.

2. FICHA DE LEITURA 2

Nome do Artigo: “HOW PHYSICIANS AND NURSES HANDLE FEAR IN CHILDREN WITH CANCER”

Autor: Agneta Anderzén-Carlsson, M.K., Gunnar Skeppner, Venke Sørli

Data de Publicação (Ano e Mês): Fevereiro 2007

Fonte do Artigo: Journal of Pediatric Nursing, Vol. 22, p. 71-80

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

O objetivo deste estudo foi evidenciar como é que enfermeiros e médicos experientes lidam com o medo existencial das crianças com cancro (medo, por parte da criança, de morrer). Foram realizadas entrevistas a 7 enfermeiros e a 3 médicos com mais de 10 anos de experiência em oncologia pediátrica de um hospital universitário na Suécia, durante as quais revelaram o seu modo de lidar com o medo, bem como o seu modo de atuar profissionalmente com a criança. Todos confirmaram ser um desafio cuidar de crianças com cancro e lidar com o medo delas, sendo necessário um empenho por parte do profissional em criar uma proximidade com a criança, de modo a reduzir ao máximo os seus receios. A maneira em que o profissional consegue criar uma relação próxima com a criança é através da gestão das emoções desta, ou seja, para afastar os pensamentos da criança sobre a doença e os seus receios, o profissional cria situações em que possa brincar com a criança e falar de assuntos do seu interesse, para que ela se abstraia do ambiente hospitalar.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

Os autores referem que no processo de conhecimento entre o profissional e a criança, os profissionais demonstram um interesse na criança e iniciam então um elo de comunicação, que pode ser com uma brincadeira, com um diálogo focado nos interesses da criança ou simplesmente um elogio sobre qualquer outro assunto (por exemplo, no caso de uma menina o profissional elogiar os seus sapatos, dizendo que são bonitos).

Os autores referem muito o conceito de medo existencial, o medo que a criança tem em morrer devido à doença e relacionam-no com a importância dos profissionais, não só darem voz à interpretação que fazem da interação com a criança, bem como de validarem junto da criança as suas melhorias. Os enfermeiros devem transmitir à criança a sensação de confiança nos seus sentimentos.

Por vezes o profissional pode sentir não ter capacidade para, sozinho, ajudar a criança articulando-se em equipa com um técnico de assistência social ou psicologia, que acompanhe a criança. Contudo, há casos em que o profissional prefere manter mesmo um certo afastamento da criança. Os autores descrevem a existência de uma “*cultura de não-reconhecimento da morte*” entre os profissionais, como sendo a justificação para este distanciamento, que prefere afastar-se para que a criança não tenha a possibilidade de colocar questões relacionadas com o seu medo existencial.

C. Citações importantes do documento

Neste estudo, concluiu-se que é importante os profissionais estabelecerem um bom relacionamento com a criança. Nesta relação os profissionais demonstram o seu interesse pela criança e investem na comunicação, tomando também conhecimento dos receios e das concepções da criança, face à doença e à própria morte.

Os profissionais que evitam a relação com as crianças, dissociam-se do seu medo existencial e realizam os procedimentos técnicos sem dar o devido apoio à criança, o que pode induzir na criança um sentimento de insegurança e abandono. A consequência desta negação é o aumento do medo da criança. Contudo, este distanciamento pode estar presente na relação com a criança, se esta assim o desejar, sendo uma forma dos profissionais respeitarem a integridade da criança. Assim, a forma de lidar com o medo é considerada uma tarefa exigente, que envolve um compromisso e proximidade por parte do profissional, mas também um distanciamento.

3. FICHA DE LEITURA 3

Nome do Artigo: "EFFECTS OF PREOPERATIVE THERAPEUTIC PLAY ON OUTCOMES OF SCHOOL-AGE CHILDREN UNDERGOING DAY SURGERY"

Autor: Ho Cheung William, Violeta Lopez, Tin Loi Isabel Lee

Data de Publicação (Ano e Mês): Novembro 2006

Fonte do Artigo: Research in Nursing & Health, 30, 320–332

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

A cirurgia é uma experiência alarmante e stressante para as crianças, sendo estas mais vulneráveis que os adultos ao stress da cirurgia devido a vários motivos. Entre eles, as suas capacidades cognitivas limitadas, a falta de autocontrolo, a maior dependência dos outros, a experiência de vida e o entendimento do sistema de saúde limitados. Da mesma maneira que o brincar é essencial para o crescimento e o desenvolvimento normal da criança, constituindo uma forma de se expressar no mundo em que se encontra. Brincar constitui uma oportunidade de desenvolverem o controlo de si próprios e do meio que os rodeia. É também reconhecido como um elemento vital de intervenção psicológica para ajudar as crianças a suportar a ansiedade da hospitalização.

O objetivo deste estudo foi examinar os efeitos do brincar terapêutico no dia da cirurgia, de crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos. As crianças foram divididas em dois grupos: um grupo de controlo, onde as crianças e os pais recebiam uma informação de preparação de rotina 1 a 2 semanas antes do dia da cirurgia; e um grupo experimental, onde as crianças recebiam a preparação de rotina e uma intervenção com o brincar terapêutico uma semana antes da cirurgia. Estas faziam uma visita guiada ao hospital, uma demonstração da indução de anestesia num boneco na sala de operações e a oportunidade de realizarem (em brincadeira) a indução de anestesia no boneco. Durante estas intervenções eram observadas para se identificarem sinais de ansiedade, interpretações erradas das explicações e dificuldades em lidar com os procedimentos, providenciando-se o devido apoio e orientação individual. Os autores verificaram que as crianças do grupo experimental apresentaram uma taxa de ansiedade significativamente

mais baixa, em ambos os períodos pré- e pós-operatórios, e menos emoções negativas durante a indução da anestesia em comparação com o grupo de controlo.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

Com os avanços médicos e farmacológicos, as cirurgias pediátricas passaram a ser realizadas num só dia, trazendo vantagens como diminuir o período de separação dos pais e reduzir o tempo de hospitalização. Contudo, os autores alertam que a preparação psicológica pré-operatória para crianças, é da responsabilidade da equipa de enfermagem. Atualmente, as crianças não são admitidas no hospital dias antes da operação, pelo que os enfermeiros têm de dar a informação pré-operatória num curto espaço de tempo antes da cirurgia, implicando que não tenham tempo suficiente para estabelecer uma relação de confiança com a criança e proporcionar uma intervenção psicológica, que minimize os níveis de ansiedade.

C. Citações importantes do documento

As crianças do grupo experimental apresentaram, estatisticamente, uma ansiedade significativamente mais baixa do que as do grupo de controlo, particularmente, no momento da cirurgia. A avaliação de ameaça iminente pelas das crianças é influenciada pela sua perceção de controlo sobre a potencial grande ameaça. É possível que nas crianças em que se utilizou o brincar terapêutico tenham feito uma avaliação da cirurgia, de forma menos ameaçadora que as do grupo de controlo. A intervenção com brincar terapêutico foi mais efetiva na redução das respostas emocionais negativas da criança durante a indução de anestesia, do que a informação de preparação de rotina. Assim, existiu um feedback positivo da parte das crianças após ter sido usado o brincar terapêutico como foco da intervenção. Uma das crianças comentou *“Eu estava muito assustado quando soube que tinha de fazer a operação. Contudo, depois de participar nas atividades de brincadeiras de grupo, senti-me menos ansioso. De facto, foi muito divertido e interessante. Descobri que fazer uma operação é como dormir a sesta e, portanto, não preciso de me preocupar”*.

4. FICHA DE LEITURA 4

Nome do Artigo: “PREOPERATIVE INFORMATION NEEDS OF CHILDREN UNDERGOING TONSILLECTOMY”

Autor: Aoife Buckley, Eileen Savage

Data de Publicação (Ano e Mês): Fevereiro 2012

Fonte do Artigo: Journal of Clinical Nursing, 19, 2879–2887

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

Neste artigo os autores procuram identificar as necessidades de informação de crianças submetidas a uma intervenção cirúrgica, a qual pode levar a um estado de grande ansiedade. Foram realizadas entrevistas a nove crianças entre os 6 e os 9 anos, cinco das quais a cirurgia era a sua primeira experiência hospitalar.

O estudo reconhece que os programas de preparação pré-operatória reduzem a ansiedade na criança, pois a passagem desta informação permite à criança lidar mais facilmente com a situação. Contudo, poucos são os programas desenvolvidos a partir da perspetiva da criança, que pode colocar questões tão variadas, relacionadas com o procedimento cirúrgico em si, com a anestesia, o alívio da dor e do desconforto, o envolvimento dos pais e, inclusivamente, sobre o ambiente hospitalar. Um outro facto relevante, é que as crianças são suscetíveis de obter informações incorretas, seja de algum familiar mal informado ou mesmo de algum amigo, que são os primeiros elementos a quem a criança coloca como alvo de perguntas. Os enfermeiros ocupam um lugar extremamente importante na transmissão correta desta informação.

Os autores concluíram que são necessárias intervenções educacionais pré-operatórias, que tenham em conta a necessidade de informação das crianças, para que estas estejam preparadas para a cirurgia. Por exemplo, os enfermeiros podem recorrer ao uso do desenho, de imagens apropriadas à idade e desenvolvimento da criança e a folhetos informativos.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

Os autores afirmam que tanto os pais como os próprios profissionais de saúde, têm muitas vezes dúvidas quanto a: como preparar o melhor possível a criança, em termos do que lhes devem contar (conteúdo); como lhes transmitir a informação (instrumentos); quem e quando deve ser transmitida a informação. Os autores também salientam que as crianças devem ser preparadas transmitindo-se a informação quanto ao procedimento clara e apropriadamente desenvolvida (o que vai ser feito), relevar a parte sensorial (o que a criança vai sentir, ouvir, cheirar), para ajudá-las a moldar as suas expectativas.

Ao longo do artigo os enfermeiros são referidos pelos autores como tendo um papel importante na adaptação da criança aos procedimentos e no esclarecimento de dúvidas, baseando-se os autores em declarações das crianças, por exemplo, *“Os enfermeiros contam montes de coisas e o médico não aparece tantas vezes como o enfermeiro”*. Inclusivamente, os autores afirmam que as crianças preferem dirigir-se a um enfermeiro do que ao próprio médico, apoiando-se em citações como *“Os enfermeiros são muito, muito simpáticos, porque te ajudam quando estás doente”*.

3. Citações importantes do documento

Os enfermeiros são os profissionais chave para darem resposta às dúvidas da criança hospitalizada, uma vez que têm um contacto direto e contínuo com crianças. O processo de informação da criança deve ser iniciado precocemente, logo que a decisão para a necessidade da cirurgia seja tomada, apresentando-se um folheto explicativo apropriado à idade e desenvolvimento da criança.

5. FICHA DE LEITURA 5

Nome do Artigo: “HEALTHCARE PROVIDER–CHILD–PARENT COMMUNICATION IN THE PREOPERATIVE SURGICAL SETTING”

Autor: Zeev N. Kain, Jill E. Maclaren, Carrie Hammell, Cristina Novoa, Michelle A. Fortier, Heather Huszti and Linda Mayes

Data de Publicação (Ano e Mês): 2009

Fonte do Artigo: Pediatric Anesthesia 19: 376–384

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

No passado, a preparação pré-operatória era uma prática comum que possibilitava a oportunidade da criança e respetiva família conhecerem o processo de cirurgia e comunicarem com os profissionais de saúde. Está comprovado que a preparação para cirurgia reduz efetivamente a ansiedade das crianças e atenua os efeitos pós-operativos (supõe-se, inclusivamente, que uma criança que experiencie uma grande ansiedade antes da cirurgia tenha mais probabilidades de desenvolver níveis elevados de dor pós-operatória e uma recuperação retardada). Atualmente, estes programas de preparação pré-operatória estão em declínio e a maioria das crianças a realizar cirurgia ambulatoria é exposta pela primeira vez ao hospital no próprio dia da cirurgia.

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a quantidade de tempo que os profissionais de saúde gastam com as crianças e famílias no dia da cirurgia, no pré-operatório, tendo sido utilizada como estratégia um sistema de vídeo numa sala de espera de um hospital, que gravou a interação entre as crianças (24 crianças de 2 aos 10 anos), as suas famílias e os profissionais de saúde. Concluiu-se que os profissionais disponibilizavam pouco tempo para com as famílias no dia da cirurgia, sendo que na maior parte desse tempo estes abordavam assuntos médicos; no restante tempo, falavam de assuntos não médicos e davam pouca atenção às crianças.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

Os autores reforçam continuamente, ao longo do artigo, a ideia de que a preparação pré-operatória é fundamental para que a criança sinta menos ansiedade durante a cirurgia e, consequentemente, os efeitos pós-operatórios sejam atenuados. Inclusivamente, os autores afirmam que, ainda que a informação prestada no consultório médico seja importante, esta não deve ser substituída pela preparação pré-operatória, uma vez que a mesma reduz os efeitos comportamentais da não adaptação ao período pós-operatório.

C. Citações importantes do documento

Os autores referem que o conhecimento do doente por parte do profissional através da aplicação de um questionário clínico que foque as suas necessidades é muito importante para a eficácia da preparação do doente na consulta. A postura do profissional, mais especificamente, comportamentos como o cumprimentar, as conversas casuais, o esclarecimento de dúvidas, e fornecimento de informação, para além de ações como os sorrisos, os acenos de cabeça, o contacto visual e as respostas indicativas de que o ouvinte está atento (pequenas indicações verbais e não-verbais) refletem uma comunicação de qualidade e efetiva.

Os autores admitem que num ambiente onde há uma maior pressão para mais produção, como é o caso de uma sala de operações (este estudo foi realizado num centro de uma universidade), é provável existir uma quantidade de tempo limitada no dia da cirurgia para se poder entrevistar e preparar os doentes. Contudo, dada a importância da preparação e desta aparente falta de tempo no dia da operação, sugere-se que os programas de preparação pré-operatória sejam realizados antes do dia da cirurgia ou então que os profissionais de saúde tenham maior oportunidade de interagir com a família no dia da operação.

6. FICHA DE LEITURA 6

Nome do Artigo: “PRACTICES THAT FACILITATE CRITICALLY BURNED CHILDREN’S HOLISTIC HEALING”

Autor: Karla Zengerle-Levy

Data de Publicação (Ano e Mês): Novembro 2004

Fonte do Artigo: Qualitative Health Research, Vol. 14, Nº 9, 1255-1275

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

Com os avanços na tecnologia médica, muitas crianças sobrevivem a patologias que teriam causado a sua morte no passado. O cuidar físico e a valorização das necessidades emocionais das crianças e famílias coloca novas exigências aos enfermeiros. Neste artigo a autora entrevistou 16 enfermeiros dos cuidados intensivos de queimados pediátricos e descreve as práticas que facilitam o cuidar holístico (emocional e espiritualmente). O tema central é o cuidar da criança a vários níveis, agregando quatro categorias de práticas, juntamente com algumas subcategorias de apoio. Ser um enfermeiro com consciência da parentalidade foi a primeira categoria das práticas, onde os enfermeiros tratam das crianças da maneira como gostariam que os seus filhos fossem tratados, considerando o *“nutrir as necessidades emocionais da criança”*, o *“dar amor incondicional e/ou contar histórias para tratar o medo e a solidão”*. A segunda categoria inclui as relações humanas através do *“falar para as crianças”*, *“tocar nas crianças com afeto”* e *“reproduzir música ou vídeos”*, em que os enfermeiros ajudam a criança a permanecer conetada à vida, mesmo estando inconsciente, sempre com a preocupação de que a doença e a hospitalização prolongada poderem afetar a infância. A terceira categoria refere-se a cuidar da criança como criança, destacando-se as subcategorias *“brincar e divertir-se”*, *“usar o humor para tratar alterações emocionais”* e conduzir a criança ao *“regresso à infância”*. A última categoria engloba o *“renovar o espírito da criança”*, sendo importante *“nutrir o espírito”*, para que a criança não perca a esperança e a autoestima, e *“ajudar a criança a encontrar significado na vida”* (subcategoria associada à espiritualidade), encorajando a criança a falar com o seu Deus para que compreenda que o que está a passar não é o resultado de um castigo e encontre significado na vida.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

Zelar pelo bem-estar e pela saúde da criança é tão importante como tratar das suas feridas, dar-lhe medicação ou fazer terapia respiratória e física. Tal como a autora refere as crianças hospitalizadas por doenças ou lesões graves já viram o pior que a vida lhes pode dar, e o papel dos enfermeiros é ajudá-las a seguirem com a vida e aproveitá-la ao máximo. Rir, brincar, cantar, falar e rezar com as crianças são práticas dos enfermeiros, que visam manter e restabelecer a harmonia da mente, do corpo e do espírito destas crianças. Até um simples toque tem o potencial de unir o enfermeiro e a criança numa relação próxima e de curar as suas necessidades emocionais. O toque pode desencadear uma resposta de tranquilidade e reduzir a ansiedade, podendo inclusivamente potenciar uma recuperação mais rápida e com menos complicações.

C. Citações importantes do documento

Cuidar dos doentes jovens acarinhando-os não é algo que os enfermeiros tenham sido ensinados, pelo contrário, eles aprenderam-no experiencialmente pela sua infância e pelos seus filhos. Com base nas experiências pessoais, os enfermeiros acreditam que o amor carrega um imenso poder. As declarações dos enfermeiros revelaram a convicção de que o amor que estes sentem, e demonstram pelas crianças, concede-lhes o potencial para efeitos positivos a longo prazo.

7. FICHA DE LEITURA 7

Nome do Artigo: “THERAPEUTIC AND NON-THERAPEUTIC INTERPERSONAL INTERACTIONS: THE PATIENT’S PERSPECTIVE”

Autor: Anne M. Williams, Vera F. Irurita

Data de Publicação: Maio 2004

Fonte do Artigo: Journal of Clinical Nursing **13**, 806 – 815

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

Apesar dos avanços atuais no campo da medicina, o conceito básico da relação entre a mente e o corpo e a possibilidade de existir um efeito direto entre o estado de saúde e a possibilidade de cura, é ainda descartado e irrelevante. Este estudo foi realizado para se avaliar se a recuperação dos doentes, de um hospital na Austrália Ocidental, estaria relacionada com falta de compreensão das necessidades do doente e a inexistência de um foco no tratamento psicossocial durante a sua hospitalização. Foram realizadas entrevistas a 40 doentes que estavam ou tinham estado hospitalizados, no sentido de descrever o seu entendimento quanto ao efeito terapêutico das interações interpessoais por que passaram durante a hospitalização. Os autores verificaram que os doentes apontavam o conforto emocional como sendo um estado terapêutico que promove a sua recuperação. Uma característica central do conforto emocional são os sentimentos de controlo pessoal do doente e a sua habilidade para influenciar o seu conforto, associado este ao meio envolvente e/ou a situações ocorridas durante a hospitalização. Foram identificadas três interações terapêuticas interpessoais facilitadoras do conforto emocional através do aumento do sentimentos de controlo pessoal, ajudando-o a sentir-se “seguro, informado e valorizado”. A segurança era importante para os doentes enquanto estavam no hospital, pois sentiam que a sua doença os tinha exposto a vários riscos associados à sua segurança pessoal relacionados com a dependência dos outros. Por sua vez, os doentes sentiam maior conforto emocional quando: estavam informados e conheciam as situações que iam enfrentar, conheciam o ambiente a que estariam expostos e se sentiam valorizados pelos profissionais de saúde. Os autores comprovaram com este estudo que

os doentes lidam melhor com a doença quando conseguem fazer uma ligação entre os problemas físicos e os da mente.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

O conforto emocional é descrito em termos de sentimentos positivos, incluindo uma abordagem otimista da vida, de felicidade, com um estado de espírito equilibrado e descontraído, que afeta a parte física e mental. A perceção de segurança dos doentes é reforçada quando conseguem estabelecer uma relação com o profissional de saúde, sendo o requisito básico, ambos conhecerem-se como pessoas, conhecimento este que se desenvolve em todas as oportunidades que o profissional comunica com o doente. Outro fator que influencia o sentimento de segurança é a disponibilidade para estar com o doente, em que os enfermeiros são a fonte primária de assistência no hospital. As relações interpessoais com os profissionais são a fonte principal de informação aos doentes, que contribuem para o seu conforto emocional, pela transmissão de informação honesta e um diálogo aberto sobre o que está a acontecer, as expectativas face à situação e como agir em momentos inesperados e desconhecidos. Evitar interagir com os doentes ou agir com eles de forma pouco amistosa provoca sentimentos de desvalorização. Conversar com o doente, manter o contacto visual, demonstrar afeto e preocupação através do toque, da escuta ativa e de um sorriso, contribui para elevar a autoestima do doente e aumentar o seu conforto emocional.

C. Citações importantes do documento

É imperativo valorizar as influências psicossociais na saúde dos doentes hospitalizados, pois a sua recuperação pode ser prejudicada pelo reduzido foco neste aspeto.

Estudos psicológicos, neurológicos e imunológicos encontraram conclusões valiosas sobre o efeito do stresse no sistema imunitário, demonstrando que o corpo produz hormonas em resposta ao seu estado emocional, sendo que alguns distúrbios autoimunes estão ligados à exposição ao stresse, em que os estados emocionais positivos aumentam os níveis de imunoglobulina.

8. FICHA DE LEITURA 8

Nome do Artigo: “STRIVING FOR EMOTIONAL SURVIVAL IN PALLIATIVE CANCER NURSING”

Autor: Anna Sandgren, Hans Thulesius, Bengt Fridlund, Kerstin Petersson

Data de Publicação (Ano e Mês): Janeiro 2006

Fonte do Artigo: Qualitative Health Research, Vol. 16, Nº 1, 79-96

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

Cuidar de doentes com cancro é recompensador, mas também emocionalmente exigente, em que os doentes sofrem de uma patologia potencialmente fatal, cujo tratamento pode ter um impacto ilimitado. Uma preocupação dos enfermeiros é, para além do conceito de diagnóstico de cancro, zelar pelo bem-estar da pessoa com cancro. Esta motivação pode causar stresse quando os recursos são insuficientes. O objetivo deste estudo foi desenvolver uma teoria fundamentada sobre o tratamento de doentes paliativos com cancro em ambiente hospitalar, tendo sido realizadas entrevistas a enfermeiros. Os autores descrevem então o “esforço pela sobrevivência emocional”, como o padrão de comportamento que sugere a preocupação principal com que lidam os enfermeiros, em que existe um risco acrescido pela sobrecarga emocionalmente do cuidar. Esta teoria envolve estratégias base: o *shielding* emocional através do *shielding* profissional (as emoções são controladas em circunstâncias críticas para evitar a sobrecarga) ou do *cold shielding* (os enfermeiros escondem-se atrás da profissão criando uma distância “fria” com os doentes e familiares); o processamento emocional pelo diálogo (uma simples pausa para conversar permite recuperar forças); a procura de reconhecimento (o reconhecimento pessoal e profissional são necessários para um bom trabalho) através da reflexão própria em que os enfermeiros reconhecem os sinais de excesso de trabalho e aprendem controlar-se ou pela interiorização (os enfermeiros prendem-se a emoções negativas e não deixam os problemas do trabalho para trás); e o adiamento emocional por armazenamento (emoções difíceis são armazenadas e suprimidas temporariamente e conscientemente processadas posteriormente) ou por ocultação (os enfermeiros evitam processar as emoções porque não entendem a situação que as provocou). Esta teoria

pode ser útil para o trabalho diário dos enfermeiros e permite compreender como é que estes lidam com as dificuldades emocionais.

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

Os autores alertam para a necessidade do bem-estar emocional do enfermeiro, pois estes lidam com situações de grande tensão emocional, estando constantemente em risco de ficarem sobrecarregados emocionalmente. Permanecer emocionalmente equilibrado e, ao mesmo tempo, oferecer um cuidado de elevada qualidade requer que os enfermeiros se protejam emocionalmente e que continuamente lidem com as emoções negativas, ou seja, se os enfermeiros se sentirem bem emocionalmente, cuidar do doente torna-se natural. Os autores descrevem que a proteção de uma sobrecarga emocional adequada nas práticas de enfermagem, é realizada através do processamento de emoções após acontecimentos difíceis e do desenvolvimento de estratégias para manter o controlo emocional (as emoções não-processadas podem levar ao refúgio por detrás da profissão, criando um distanciamento entre o enfermeiro e o doente e família).

C. Citações importantes do documento

Negar emoções e agir como se nada tivesse acontecido, pode diminuir a sensibilidade do profissional de saúde para com as emoções e necessidades do doente. Para que isso não aconteça, antes dos enfermeiros tomarem conhecimento das necessidades dos doentes e familiares, devem tomar conhecimento das suas próprias necessidades. Assim, é importante que os profissionais trabalhem primeiro as suas emoções. Estratégias que visam o autocuidado são essenciais para o aumento da autoestima e da eficácia profissional. Os enfermeiros que praticam estas estratégias prestam cuidados sem estarem emocionalmente sobrecarregados.

9. FICHA DE LEITURA 9

Nome do Artigo: “THE INVOLVEMENT OF PARENTS AND NURSES IN THE CARE OF ACUTELY-ILL CHILDREN IN A NON-SPECIALIST PAEDIATRIC SETTING”

Autor: Janet Roden

Data de Publicação (Ano e Mês): 2005

Fonte do Artigo: Journal of Child Health Care, Vol. 9(3), 222–240

A. Principais ideias do texto e principais ideias do autor

Atualmente existe a expectativa de que os pais envolvidos nos cuidados dos filhos hospitalizados trabalham em parceria com os enfermeiros pediátricos. Todavia, nem sempre isso acontece, existindo uma negociação problemática de papéis que as famílias e os enfermeiros devem representar. A autora realizou este estudo através da entrevista a 14 pais e duas discussões de grupo com enfermeiros pediátricos com o objetivo de: compreender a participação dos pais no cuidar da criança e identificar os fatores que a influenciam; examinar as atitudes dos enfermeiros pediátricos relativamente à participação parental; e, clarificar os fatores que influenciam a percepção dos enfermeiros sobre a participação dos pais nos cuidados. Os pais identificaram quatro temas relevantes para a compreensão da participação parental: fatores parentais, incluindo o controlo, as expectativas, o apoio e as emoções envolvidas, em que a ansiedade e a preocupação por terem a criança hospitalizada induziam a um estado de stresse; a comunicação; a importância de estarem com o filho; e “as mães tratam dos cuidados maternos e os enfermeiros tratam dos cuidados de enfermagem” (as mães dão carinho e apoio aos filhos enquanto os enfermeiros tratam dos procedimentos médicos, como a medicação). A autora verificou que existe uma concordância entre pais e enfermeiros nos temas de apoio e emoção parental, e “as mães tratam dos cuidados maternos e os enfermeiros tratam dos cuidados de enfermagem”, existindo, mesmo assim, problemas de comunicação entre os enfermeiros e os pais, mais propriamente, no que refere às expectativas dos pais (é necessário que os enfermeiros apoiem os pais no fornecimento de mais informação sobre os cuidados à criança, o plano de tratamento e o papel dos pais neste contexto), à comunicação (existe uma necessidade de feedback verbal de ambos

os lados, pais e enfermeiros) e à importância de estar com o filho (os enfermeiros têm deveres, não podendo estar sempre perto da criança).

B. Principais conceitos descritos no documento/ideias chave

Pais e enfermeiros têm diferentes percepções dos seus papéis individuais no cuidado da criança. Por um lado, é importante para os pais controlar o novo ambiente em que estão inseridos, de modo a que este funcione adequadamente e exista um ambiente seguro. Contudo, estando os pais no controlo, estes apresentam expectativas que nem sempre correspondem às expectativas dos enfermeiros, originando problemas. A comunicação é o elo mais importante para uma experiência hospitalar bem-sucedida, consistindo os problemas de comunicação na falta de contacto visual, não providenciar informação adequada ou antipatia, entre outros, para além dos pais apontarem para a necessidade de zelar pelo bem-estar da criança (físico e emocional). Os problemas de comunicação prejudicam, na verdade, um processo de negociação essencial para relações realmente efetivas entre pais e profissionais, sendo uma boa comunicação a chave para uma experiência hospitalar saudável.

C. Citações importantes do documento

De modo a estabelecer uma boa relação de trabalho com os pais é vital que os enfermeiros pediátricos tomem a iniciativa de diminuir a falta de comunicação entre ambos, em que demonstram e valorizam o papel dos pais, para conseguirem antecipar as suas preocupações e questões.

BIBLIOGRAFIA

Polit, D., Beck, C. & Hungker, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Silva, A. (2003). *Formação, Percursos e Identidades*. Coimbra: Quarteto.

DIÁRIOS DE CAMPO



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

INDÍCE

0.NOTA INTRODUTÓRIA	3
1.GUIA ORIENTADOR DE OBSERVAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO	4
2.DIÁRIO DE CAMPO DO JARDIM DE INFÂNCIA	5
3.DIÁRIO DE CAMPO DA UNIDADE DA SAÚDE FAMILIAR	7
4.DIÁRIO DE CAMPO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	9
5.DIÁRIO DE CAMPO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	11
6.DIÁRIOS DE CAMPO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA ONCOLÓGICA	13

0. NOTA INTRODUTÓRIA

O diário de campo é uma das etapas importantes de uma pesquisa de campo, devendo fazer parte integrante deste processo. Para o observador é um instrumento de registro diário, onde constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais: conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais. Os registros devem ser datados, sinalizando não só os intervenientes, como também o local, a situação observada e as condições que podem estar interferindo nesse contexto. Assim, o diário também é caracterizado por uma prática reflexiva, em que existe a recolha de informações sobre uma intervenção real. Todos os aspetos que referi seguirão um guia onde consta os focos de atenção a registar, durante a minha participação participante. Este guia será apresentado em apêndice, onde a atividade do brincar, enquanto instrumento de enfermagem utilizado na gestão de emoções, assume o foco principal de observação e descrição.

O meu pensamento será de certa forma transcrito em diário, havendo um equilíbrio entre as reflexões sobre a prática em confronto com a teoria inerente a cada contexto. Em suma, o diário de aprendizagem tem contribuindo para a minha organização e clarificação de ideias face a uma pesquisa realizada em campo de estágio. Então, permitiram-me recolher dados da minha prática diária, em que alguns deles se refletem em “instantes” da interação com a criança e a família, em que a atividade do brincar estava inerente ao próprio contexto. Instantes que considere trazerem para a implementação do projeto, significados e representações, os quais contribuem para compreender o objeto em estudo.

1. GUIA ORIENTADOR DE OBSERVAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO

O quadro seguinte representa os principais focos de atenção a registrar durante a observação participante nos estágios desenvolvidos.

GUIA ORIENTADOR

FOCOS DE ATENÇÃO A REGISTRAR NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Diário de campo nº

Serviço/ Local da interação -

Em cada diário de campo serão considerados os seguintes aspectos:

1. Características da etapa de desenvolvimento infantil (idade da criança, características mais evidentes dentro dos padrões de normalidade, alterações do desenvolvimento, com destaque para os sinais de alerta);
2. Resumo do historial clínico (diagnóstico, recorrência aos serviços de saúde, internamentos e cirurgias anteriores associados a intervenções potencialmente traumáticas);
3. Descrição do momento da interação, com destaque para as características do ambiente da interação (as pinturas, os desenhos, a música... a sintomia com o mundo infantil, as fardas coloridas, o ambiente familiar de tranquilidade, confiança e segurança);
4. Intervenientes e características da relação estabelecida durante a interação (destaque para a postura, a disponibilidade, a proximidade, a afetividade, a consolidação da relação);
5. Emoções do enfermeiro (considerar a unicidade de cada enfermeiro, a motivação, a gratificação, a disponibilidade emocional para cuidar, a partilha de emoções);
6. Emoções da criança e família (destaque para a informação prévia sobre o estado emocional da criança e da família, identificação das emoções manifestadas);
7. Estratégias implementadas na abordagem à criança e família (ênfase nas técnicas de comunicação, intencionalidade do brincar de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança, técnicas de distração).

Nota: A cada item poderão ser acrescentados alguns dados que garantam o enriquecimento da observação e, sobretudo, dados que contribuam para que a abordagem seja realizada tendo em conta o respeito a unicidade e especificidade de cada criança e família.

2. DIÁRIO DE CAMPO DO JARDIM DE INFÂNCIA

Serviço - Jardim-de-infância

Local da interação - Sala Azul

Data - Outubro/2012

Em primeiro lugar, gostaria de salientar que este diário descreve o percurso de um dia no jardim-de-infância, que por ter características muito específicas, se distanciam do guia de observação elaborado. No entanto, farei referências aos pormenores e detalhes relacionados com a atividade do brincar no ambiente educativo.

O contato com estas crianças deu-me a oportunidade de verificar o tipo de brincadeiras que as várias crianças podem na realidade desenvolver. Uns brincavam sozinhos, de forma independente, por exemplo, com carrinhos, não mostrando interesse em brincar com as outras crianças, que estavam aos seu lado, a brincar com as ferramentas. Menos frequente foi detetar a brincadeira observada, que consegui observar em duas crianças (que estavam em avaliação e sinalizadas para o ensino especial, com diagnósticos ainda não instituídos até à data do final do estágio), em que as crianças ficavam a observar as outras durante as atividades, mas recusavam uma participação ativa.

Na sua maioria as crianças brincavam juntas e participavam em brincadeiras idênticas, em que não existe propriamente uma organização, uma liderança ou objetivos comuns (brincadeira associativa). Neste tipo de brincadeira trocavam brinquedos, existiam perseguições com triciclos ou jogavam os mais diversos jogos. Na brincadeira cooperativa brincavam entre elas de uma forma organizada e até organizavam papéis sociais e tarefas (uma menina fazia de mãe outro de pai, por exemplo). Habitualmente, havia uma criança que dominava todas as outras, assumindo papel de líder. A minha perceção foi que estas crianças comunicavam com mais facilidade e um maior desenvolvimento das capacidades sociais e cognitivas. Com estas características evidenciava-se uma das meninas, que se assumia como líder de 3 raparigas todas mais novas.

As diferentes funções do brinquedo é também outro aspeto que considerei importante para ter uma compreensão um pouco mais aprofundada sobre de que forma é que pode ser introduzido em situações potenciais de conflitos ou de interação que despoletam

emoções. Poderei destacar a introdução de atividades com o objetivo de desenvolvimento da função sensorial e motora, em que o brinquedo adquire um papel central. Em todas as idades permite que a criança expresse as suas emoções e explore a natureza do mundo físico. O que observei em idades mais avançadas é que quanto maior era a maturidade da criança, maior era a complexidade das atividades que escolhia e maior era a sua coordenação motora durante a sua realização.

A expressão musical constituiu um dos momentos mais enriquecedores desta experiência, isto porque permitiu-me observar que através da música as crianças brincavam e, ao mesmo tempo, aprendiam as cores, as formas, as texturas, os tamanhos, havendo uma clara evidência do seu desenvolvimento intelectual e emocional. Outras atividades, igualmente importantes para mim nesta observação, foram a elaboração de puzzles e de jogos didáticos, a leitura de livros e o visionamento de filmes, em que todas no seu conjunto desenvolviam a capacidade da criança resolver problemas, aumentavam os seus conhecimentos e eram verdadeiros momentos de diversão. Estas brincadeiras facilitavam a criança na aquisição de novas competências na linguagem e a distinguir a fantasia da realidade.

Durante o estágio no jardim-de-infância senti que nas brincadeiras a criança aprende a dar e a receber, adquirindo padrões de comportamento aceitáveis. É através desta socialização que a criança vai progredindo no seu desenvolvimento, construindo a noção do certo e do errado (para posteriormente assumir as responsabilidades das suas ações). Em algumas situações, em que a criança manifestava a sua irritabilidade, como estando zangada com o mundo, significava que a atividade do brincar contribuía o momento certo para libertar o seu stresse, raiva e frustrações, exprimindo as suas emoções. Esta experiência foi extremamente enriquecedora também porque consegui detetar as suas necessidades, medos e desejos, sem uma linguagem verbal envolvida.

Na sua totalidade, esta experiência permitiu-me uma aproximação à criança com uma intencionalidade específica, o estar com a criança sem intencionalidade, o usufruir da sua riqueza e carácter individual do ser criança.

3. DIÁRIO DE CAMPO DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR

Serviço - Unidade de Saúde Familiar

Local da interação - Sala de Vacinação

Data - Novembro/2012

No início da manhã, apesar da família não ter marcação para tão cedo, uma tia que se fazia acompanhar de três sobrinhos adolescentes, todos irmãos, vindos recentemente da Guiné, pediu à enfermeira da vacinação, que vacinasse mais cedo, para que pudessem assistir a todas as aulas. A enfermeira demonstrou-se imediatamente disponível, pois todo o processo vacinal, não deveria influenciar as atividades escolares e, muito menos, contribuir para o absentismo. Mais tarde, percebi que havia um esforço da equipa para atualizar as vacinas desta família, pelo que as primeiras vacinas foram realizadas no domicílio pelo enfermeiro especialista em saúde comunitária, elemento ativo desta equipa.

Um dos aspetos considerados pela enfermeira foi o número de vacinas a administrar, que como constituía uma atualização do plano de vacinas implementado no nosso país, implicaria 5 vacinas, 5 punções. A estratégia que adotou foi em administrar 3 vacinas e deixar 2 para serem administradas no domicílio. Assim, reduziu o número de procedimentos dolorosos e minimizou o potencial de efeitos secundários respetivos em proporção ao número de vacinas.

Dois, dos três adolescentes, apesar da implementação de estratégias gerais de comunicação, reagiram quase que apaticamente com um sorriso escondido e tímido, em que a tia insistentemente dizia que *“a vacina não custa nada”*(sic). De fato, foram vacinados e confirmaram num tom de voz baixo e sereno, que não tinha doído (o que me levou de imediato a associar que provavelmente a sua cultura influenciava o modo como reagiam aos procedimentos dolorosos e a forma como expressavam a sua dor).

O terceiro irmão, o mais novo, encontrava-se emocionalmente apático, mal consegui falar, sorrir e manter os olhos abertos, com alguma dificuldade em manter-se orientado no tempo e no espaço. Em pleno surto psicótico (já diagnosticado e em tratamento) foi-lhe explicado o procedimento e aceitou com um gesto de aceno positivo com a cabeça, de

que podíamos avançar para a injeção. Durante o procedimento ficou imóvel, mas de seguida reagiu com um sorriso dizendo “*que não tinha doído e que era um homem, e os homens não choram, são fortes*” (sic). Apesar de um quadro de doença instalado, os traços culturais, que envolvem experiências passadas num determinado contexto estavam bem delineadas e evidentes.

Após a administração das vacinas, a enfermeira reforçou os ensinamentos e validou com a tia todos os cuidados e efeitos secundários pós vacinação (considerou a barreira linguística como fator que interfere na mensagem que pretendia passar) e, posteriormente articulou-se com o enfermeiro da saúde comunitária, para garantir o seguimento da família no domicílio (levantamento das suas necessidades e a referência para a equipa de cuidados continuados). O fator tempo desta interação influenciou a forma como a enfermeira interagiu, ainda assim, perita na área, estabeleceu prioridades e deixou planeado um seguimento para uma vigilância de saúde desta família.

4. DIÁRIO DE CAMPO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Serviço - Serviço de Urgência Pediátrica

Local da interação - Sala de Tratamentos

Data - Janeiro/2013

No início da manhã acolhemos uma bebé de 5 meses de idade, boa vitalidade, risonha e sem aparentes alterações de desenvolvimento, ainda assim, com alterações do padrão respiratório, por suspeita de infeção. Mesmo num contexto de urgência, não houve qualquer desinvestimento numa avaliação global de saúde, ou seja, enquanto enfermeira especialista aproveitei de imediato as circunstâncias para fazer uma apreciação global do seu desenvolvimento. A minha incidência abrangeu várias áreas e, começando pela parte motora, tratava-se de uma bebé que já se sentava, embora com apoio, como os movimentos de controlo da cabeça, sem alterações. Quando a sentei teve de imediato a iniciativa de alcançar um grande telemóvel colorido e de borracha, na tentativa de o agarrar para o levar à boca e, por instantes, ia desviando o seu olhar para os pequenos objetos em seu redor, seguindo os meus movimentos... Ao estimulá-la, sorria e emitia alguns sons característicos desta faixa etária, acompanhados pelo estridor inerente à própria doença.

Até à data sempre foi uma bebé saudável, sem história de recorrência aos serviços de saúde, por internamentos ou cirurgias anteriores associados a intervenções potencialmente traumáticas. Tem como histórico de doença uma infeção respiratória. Os foguetões coloridos da parede despertavam já a sua curiosidade e os diferentes sons da azáfama da urgência, já a faziam rodar a cabeça à procura de coisas novas. A interação incidiu fundamentalmente na estimulação da criança com cores e sons, além da utilização de um tom de voz suave, que transmitia afeto e tranquilidade para a criança. A criança e a mãe faziam-se acompanhar propositadamente de uma amiga, em que a mãe manifestou logo de início a sua dificuldade em assistir e colaborar em qualquer procedimento invasivo (*“não consigo ver a minha filha a ser picada, tenho consciência da importância dos tratamentos, ainda assim estarei no final, presente e disponível, para a consolar, para a pegar ao colo e dar maminhos”* (sic)). A cumplicidade entre mãe e filha era bastante

evidente e o olhar da bebê facilmente a conduzia na procura da sua mãe. Perante esta situação demonstrei compreensão pela sua angústia e decisão de não quer compartilhar aquele momento de dor física para a sua filha, de dor emocional para a mãe. A mãe, para gerir e enfrentar esta dificuldade, retirou-se, ficando uma amiga com quem a bebê, com quem a bebê manteve a sua interação. A aproximação à criança foi feita com um sorriso e uma linguagem afetuosa, ao mesmo tempo que avaliava os parâmetros vitais.

Após indicação médica foi necessário realizar uma colheita de sangue para avaliação analítica. Antes da punção venosa foi necessário despir a bebê e, estando o espaço aquecido, esta ficou ainda muito mais ativa, mobilizando os membros inferiores vigorosamente (segundo a mãe a bebê adorava estar despida). A sua colaboração no procedimento foi nula e após punção venosa o seu choro vigoroso tomou conta do espaço. A chucha, a fraldinha e o colinho da mãe ajudou a apaziguar (a mãe foi chamada à sala logo após o procedimento doloroso). No final foram transmitidos à mãe todos os procedimentos realizados e criado um espaço para colocar as suas dúvidas ou expressão o que estava a sentir. A preocupação da mãe com a própria saúde era também evidente, visto estar em fase de diagnóstico de patologia cardíaca. Tive a percepção desta sua preocupação e mostrei-me disponível para a ouvir, partilhando os seus medos e receios. Neste contexto foi importante para mim perceber a estrutura e o funcionamento familiar, para poder ajudar a mãe a encontrar as suas estratégias de resolução dos problemas. A minha intervenção foi individual e abrangente, pois não valorizei apenas o procedimento técnico, nem me dirigi apenas à criança. O bem-estar geral daquela família seria para mim fundamental.

A destacar apresento os seguintes aspetos: a avaliação global da criança mesmo num contexto de doença; a valorização do estado de saúde do principal cuidador da criança, que afeta a sua disponibilidade emocional de cuidar; a utilização do meio envolvente para o estabelecimento de uma relação de proximidade e com o objetivo de minimizar os agentes stressores relacionados com o procedimento doloroso (que afetam a criança e a mãe).

5. DIÁRIO DE CAMPO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Serviço - Unidade de Cuidados Intensivos

Local da interação - Unidade do Doente

Data - Janeiro/2013

Aparentemente saudável até à data, com dez anos de idade, a criança não tido internamentos ou cirurgias anteriores, sem aparentes experiências geradoras de sofrimento emocional, durante os processos de saúde e doença. Estava consciente e orientada no tempo e no espaço, numa situação altamente complexa, após uma intervenção cirúrgica para remoção tumoral da região cervical.

A especificidade da cirurgia e os riscos esperados obrigavam à sua imobilidade total no leito (mobilizações em bloco, de três em três horas, com uma massagem para conforto). Por motivos cirúrgicos apresentava alterações na comunicação, com incapacidade de expressão oral, recorrendo à gesticulação com os olhos e a pequenos acenos com as mãos. Ao observar a criança deteto que o ambiente, altamente tecnológico, preenchido por aparelhos tecnológicos, sem espaço para um ambiente alegre, preenchia a sua curiosidade, pois o seu olhar procurava incessantemente uma justificação para todos os procedimentos necessários. Com insistência procurava saber, por gestos, tudo o que se fazia. Prontamente, reuni esforços para comunicar com ela através da escrita, em que num papel preenchido com o abecedário ela construía cada palavra.

A criança estava acompanhada pela mãe, pelo que dirigi a minha explicação para ambos, explicando com alguns detalhes, como efetuava cada procedimento e, sobretudo, como poderiam colaborar, dentro das suas capacidades, para minimizar todo o sofrimento desta experiência. A minha disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida tranquilizou a criança e deu-lhe espaço para dar início ao seu próprio questionário e exteriorizar algumas perguntas, que possivelmente nasceram antes da cirurgia e, que na minha opinião, a sua resposta teria consequências imediatas na redução da ansiedade e medos pré-existentes.

O ensino foi individualizado e dei resposta a todas as suas questões, antes do procedimento. A criança ficou mais tranquila e prontificou-se a utilizar uma das técnicas de relaxamento, centradas na respiração profunda, que seria ainda uma estratégia em que poderia colaborar. Dada a imperatividade de manter-se imóvel, havendo riscos para a sua recuperação, a criança no dia seguinte foi sedada.

6. DIÁRIO DE CAMPO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA ONCOLÓGICA

Serviço - Serviço de Pediatria Oncológica

Local da interação - Sala de Tratamento

Data - Fevereiro/2013

A M. é uma bebê de 12 meses de idade, que interage facilmente com o meio, mas segundo a mãe, ainda estaria com sono. Socialmente, quando estimulada sorria muito. Quando lhe pedi para passar para o meu colo, voltou-me as costas e sacudiu-me a cabeça acenando que não. Na tentativa de a cativar, depressa recorri ao jogo do esconde-esconde, e voltando a aparecer ela investia na minha procura! Facilmente sorria e parecia procurar que eu outra vez desaparecesse. Já vocalizava alguns sons e recorria a diversas entoações. A sua palavra preferida ou mais facilmente perceptível seria “batata”. Recorrendo à imaginação fiz uma galinha enchendo uma luva de vinil, despertando o seu interesse em agarrar (encaminhando também o objeto para a boca). Apesar das pinturas coloridas à sua volta, existiu alguma ignorância da sua parte, pois a nossa interação absorveu-a, quando comecei a cantar a música “Doidas são as galinhas”. A sintonia com o mundo infantil estava no seu auge e a abordagem a músicas/personagens, que a criança reconhecia e fazia parte do seu ambiente familiar, funcionou na sua plenitude. Estava criado um ambiente seguro e de afetos.

A ligação com esta criança era muito próxima, porque eu representava a enfermeira de referência desta família. Conhecia os seus hábitos, o seu nome preferido, os brinquedos e as músicas, que despoletavam a sua boa disposição. Sem existir uma desvalorização pelo tratamento da doença, que protege o direito à vida da criança, esta interação retrata como em oncologia pediátrica, é possível colocar os procedimentos técnicos em segundo plano. Neste caso, o procedimento seria um penso de cateter central, que foi realizado num clima de brincadeira, que minimizou todo o sofrimento envolvido. Igualmente, importante foi utilizar, com a colaboração da mãe, o líquido mais conhecido por “líquido mágico”, o removedor de adesivos. Esta estratégia contribuiu para evitar a dor física associada à remoção do penso, que constitui um dos momentos de maior desconforto, para quem tem um cateter venoso central por longos períodos.

JORNAIS DE APRENDIZAGEM



**Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013**

ÍNDICE

0.NOTA INTRODUTÓRIA	3
1.JORNAIS DE APRENDIZAGEM DO JARDIM DE INFÂNCIA	5
1.1.Cuidar a brincar	5
1.2.Brincar na sala azul	8
2.JORNAIS DE APRENDIZAGEM DA UNIDADE DA SAÚDE FAMILIAR	11
2.1.A gestão de emoções na unidade de saúde familiar	11
2.2.A atividade do brincar na vacinação	13
2.3.Ação de formação “ <i>A gestão de emoções nos processos de saúde e doença: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar da criança e da família</i> ”	14
2.4.Cuidar para o desenvolvimento na consulta de saúde infantil e do jovem	16
2.5.Brincar para o desenvolvimento na consulta de saúde infantil	20
2.6.Participação na reunião de equipa do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	23
2.7.Participação na reunião da equipa local do Sistema nacional de intervenção precoce	26
3.JORNAIS DE APRENDIZAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	30
4.JORNAIS DE APRENDIZAGEM DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	32
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

0.NOTA INTRODUTÓRIA

A prática em enfermagem revela-se verdadeiramente como um lugar onde emergem questões, dilemas e incertezas constantes, que incentivam a uma prática reflexiva. Esta é essencial para potencializar as capacidades do próprio indivíduo, uma vez que implica um processo de autoconhecimento e de compreensão das próprias ações, produzindo-se novas formas de agir face aos desafios da atividade profissional. Para Nascimento (2007) é com a experiência clínica que o profissional adapta o seu conhecimento, promove as suas próprias interrogações, transformando a prática num lugar com elevado potencial de produção de conhecimento, de orientação de novas aprendizagens, de desenvolvimento pessoal e profissional. Também na perspetiva de Abreu (2003) a prática clínica é um local insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais, em que se envolvem processos de reflexão na e sobre a ação. O autor acrescenta ainda que, embora se trate de um processo de desenvolvimento de conhecimentos, existem fatores de ordem cultural, psicológica e biológica inerentes ao próprio contexto, que condicionam as mudanças nas atitudes e comportamentos, sendo extremamente ter a capacidade de reconhecer os limites de cada indivíduo e definir estratégias adequadas às situações em causa.

Os locais de estágio deste percurso formativo foram palco de uma riqueza formativa que foram ao encontro do defendido por Canário (2006) que fala numa dinâmica formativa que transforme experiências profissionais em aprendizagens e possibilite um processo de autoformação por intermédio da reflexão e da pesquisa. E nesta articulação, entre a organização individual e uma formação centrada num contexto organizacional, que se geram as mudanças. Simões *et al* (2008) também considera que a prática é um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo e a desvalorização da reflexão e da curiosidade intelectual.

Os jornais de aprendizagem permitiram-me mobilizar as competências cognitivas, comunicacionais e de relação. Além do mais, permitiu-me refletir sobre as experiências vividas, com um pensamento reflexivo, que contempla os saberes, os valores, a cultura e a individualidade própria de todos os elementos que o induzem. Esta ideia vai ao encontro do referido por Alarcão (2009) faz referência à necessidade de emergência de um

pensamento reflexivo que se inicia na experiência do aqui e do agora, que se interroga e que produz mudança. Ainda nesta linha de raciocínio Alarcão (2009) salienta que a construção e o desenvolvimento do conhecimento pessoal e profissional emergem de um processo de reflexão na ação e sobre a ação, partindo-se de seguida para o refletir na reflexão na ação.

Os jornais de aprendizagem refletem um pensamento crítico sobre as experiências vividas em estágio, que me levou ao confronto com as mudanças e inovações na área da saúde pediátrica e, conseqüentemente, a novos e diferentes desafios, com um nível de exigência cada vez mais elevado. Este fato permitiu-me implicar intrinsecamente no meu processo de desenvolvimento de capacidades de autogestão e na minha própria aprendizagem. Neste processo existiu também um investimento na pesquisa de artigos científicos e, igualmente, no treino de capacidades de questionamento das práticas de enfermagem, com uma reflexão crítica associada.

Assim, durante este processo tentarei expor as situações que foram mais significativas para mim, as emoções e os sentimentos que emergiram dessas situações e o que aprendi com elas para que no futuro possa melhorar o meu desempenho. Para isso vou recorrer ao “Ciclo reflexivo de Gibbs”, que me facilitará a construção de cada uma destas reflexões. Apesar de adaptado e dirigido para a especificidade das práticas em enfermagem, numa primeira fase, à luz deste modelo orientador da reflexão, fiz uma descrição do acontecimento e uma exposição dos meus pensamentos, ideias e opiniões. Posteriormente, retrato os aspetos positivos e/ou negativos da vivência descrita, em que vou ao encontro do seu sentido representativo ao nível individual e profissional. No final, já com a perspetiva de mudança e desenvolvimento enquanto enfermeira, destaco as estratégias aplicadas e sua repercussão nas práticas, com a intencionalidade de refletir sobre o planeamento da mudança nas práticas interventivas no futuro.

Gostaria de salientar que nestes jornais de aprendizagem não se encontra contemplada uma experiência no serviço de oncologia pediátrica, que pela sua especificidade e abrangência será tratada num documento em separado.

Para terminar, posso concluir que os jornais de aprendizagem constituem uma das atividades que me permitiram uma reflexão e análise crítica para atingir os objetivos propostos, cujo culminar finda no desenvolvimento, na aquisição e consolidação de novas competências, enquanto especialista em saúde infantil e pediatria.

1.JORNAIS DE APRENDIZAGEM DO JARDIM DE INFÂNCIA

1.1.Cuidar a brincar

A educação infantil é, sem dúvida, um fator condicionante para o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança. Pelo que pude vivenciar no jardim-de-infância existe um desafio diário para que se consiga proporcionar a todas as crianças (um grupo crianças com especificidades), atividades motivadoras e impulsionadoras de seu crescimento e desenvolvimento. Não será propriamente fácil e o que eu senti é que de fato é um trabalho gratificante, na medida em que constantemente “o dar e o receber” carinho é uma realidade criada num ambiente afetuoso. No entanto, o que foi interessante foi presenciar que cada criança partilha a imensidão do seu mundo imaginário e de fantasia com os seus pares, o que por sua vez facilita a criação de um mundo realmente dinâmico e de descobertas. Este desafio permitiu-me experienciar a imensidão de jogos e brincadeiras que a equipa educativa pode desenvolver, muitos com o intuito de constituírem estratégias de gestão das emoções manifestadas diariamente pela criança, que muitas das vezes surgem também quase que por solidariedade com os amigos (quando um chora, os outros repetem o comportamento!). Durante o período que passei no jardim-de-infância pude verificar que toda a atividade do brincar contribui para a promoção do desenvolvimento infantil, pois existe uma estimulação permanente das funções sensoriais, cognitivas e motoras da criança. Exemplificando, aprendem movimentos, treinam comportamentos e protagonizam papéis, que fazem parte e serão necessários para toda a sua vida social. No entanto, é importante não esquecer a componente emocional, porque a atividade do brincar contribui para a valorização da autoestima e a da confiança da criança. É fundamental que estas duas dimensões fiquem bem consolidadas, porque têm influência na forma como enfrentam experiências de grande sofrimento emocional, como é o caso de uma doença oncológica pediátrica. Estes três dias foram muito importantes, na medida em que me ajudaram a compreender que a criança doente e/ou hospitalizada tem de fato uma “história do brincar”. Todas as crianças já têm os seus hábitos e preferências, que se foram construindo no meio onde esteve inserida que, em maior parte das situações, foi num espaço de interação social e de relação, como a creche, o jardim-de-infância, a escola... E sem dúvida alguma que é

neste contexto que a criança teve oportunidade de exercer o seu direito de expressão de sensações, sentimentos e emoções, que muitas das vezes passa pelo brincar, através das brincadeiras que tem com o grupo ou isoladamente. O contato com a brincadeira infantil foi maravilhoso, sobretudo porque possibilitou-me sentir toda a afetividade daquelas crianças, que num curto espaço de tempo, me abraçavam, prendavam com gargalhadas e me pediam “colinho” quando necessitavam de conforto.

A minha perceção foi que nas brincadeiras, por exemplo, na área da construção a forma como cada criança utilizava os diferentes brinquedos transparecia a forma de comunicação que ela utilizava com o grupo de “amiguinhos”. Os comportamentos que adotavam correspondiam em certa medida ao que estavam a sentir. Como por exemplo, um dia uma das crianças, não tinha dormido bem (quadro de tosse persistente e irritativa durante a noite), então durante o dia, apesar de brincar com os outros, apresentava-se muito mais irritada e chorava com mais facilidade, tendo uma das vezes recusado brincar (o não brincar já constituía forma de expressar o seu descontentamento!).

Como enfermeira especialista é importante reconhecer que o brincar é a linguagem natural da criança e no jardim-de-infância, esta linguagem é universal. A expressão de emoções, por intermédio dos jogos, da música, da expressão pelas artes plásticas e da expressão corporal, também é transversal às várias culturas que se encontravam dentro do mesmo espaço educativo. E o que é comum a todos estes momentos, que eu tive o privilégio de vivenciar, é que todos eles trazem na sua bagagem a espontaneidade e a autenticidade do ser criança, face à expressão do que sente num dado instante e que oscila à velocidade da sua capacidade para recriar, o seu mundo imaginário. Na sala havia uma criança que só falava espanhol e uma outra que tinha nascido num país de leste e o curioso é que não fiquei surpreendida com a facilidade com que tinham sido integradas no grupo, nem como se mobilizavam e participavam nas atividades educativas e nas brincadeiras livres. Em cada espaço de atividades da sala azul, cada criança de forma diferente, utilizava também a linguagem não-verbal para exteriorizar os seus sentimentos. Além disso, gostaria de salientar que as crianças que não estavam totalmente integradas no grupo da sala azul, durante as brincadeiras tornavam-se ativas e criativas, acabando por se relacionar com os outros e exteriorizando alegria e até afetividade pelos novos “amiguinhos”. É interessante que as crianças que estavam há menos tempo na sala foram as que de alguma forma não saiam de junto de mim... Tenho algumas dúvidas nesta avaliação, ainda assim arrisco-me a dizer que provavelmente

esperavam que eu compreendesse o que elas estavam a sentir, porque ambos estávamos num contexto novo, estranho e que aos olhos da criança até poderia ter alguns traços de “ameaçador”, isto porque as normas e as regras da sala azul confrontam a criança, com novas rotinas (incute na criança mudanças e, como consequência, uma nova adaptação).

Outro aspeto a realçar é que através da brincadeira a educadora conseguia incutir algumas regras sem a criança ter consciência disso, através do reforço de comportamentos, havendo um respeito pelo espaço partilhado por todos. Outro exemplo, diariamente atribuía a duas crianças a tarefa de serem “ajudantes de sala”. Talvez seja pertinente esclarecer este papel! Um ajudante de sala ajuda na organização da sala, na distribuição de matéria antes das atividades, a conduzir a fila de amigos até ao refeitório, e ajuda a verificar a lista das presenças e, muito mais, ainda que sempre com a supervisão da auxiliar educativa e da educadora! Esta distribuição de papéis e de responsabilidades, em sala de aula, que representa “a comunidade” da criança contribuem impreterivelmente para o seu amadurecimento e crescimento enquanto pessoa. Muitas das vezes, é durante estas atividades que se consegue identificar algumas angústias, que a criança expressa emocionalmente, sobre a outra “comunidade” que existe fora do ambiente educativo, que é a família. E mais uma vez relembro a honestidade e sinceridade da criança que facilmente “conta tudo o que se passa na sua família”, pelo menos o que ela considera, aos seus olhos, encontrar-se dentro da normalidade. Um dos meninos contava que o pai tinha batido numa galinha. De imediato foi desencadeada uma onda de risada. A educadora aproveitou para falar com o grupo sobre os animais e contar uma história, em que a mensagem era em defesa dos animais.

Durante este estágio o que pude também vivenciar foi a diferença entre os gêneros e as idades das crianças durante as brincadeiras, mais especificamente, o tipo de brincadeiras que adotam, de acordo com o seu desenvolvimento. Declaradamente, as meninas brincavam na área do faz de conta (imitavam as funções domésticas, das rotinas familiares) e os meninos na área da construção, dedicavam-se ao empilhamento de blocos e guiavam os carrinhos. Estas brincadeiras de escolha livre também possibilita à criança desenvolver a sua autonomia, escolha essa que tem uma evidente relação com o tipo de atividades que a criança é estimulada a desenvolver no seio da família.

Na minha opinião, é importante que o enfermeiro especialista desenvolva uma visão da realidade do ambiente educativo da criança, porque este fator tem a sua representação

nas práticas do cuidar durante os processos de saúde e de doença. Assim, consegue visualizar a criança atendendo a aspectos físicos, psicológicos, sociais e emocionais da criança, garantindo o seu desenvolvimento integral.

Na prática o que verifiquei foi uma preocupação centrada e legítima na promoção de um ambiente facilitador do desenvolvimento da criança em que o brincar ocupava um lugar importante e prioritário nesta instituição educativa.

Posso chegar a algumas conclusões com este estágio. Brincar de fato é uma das principais atividades mais presentes na infância, em que a equipa educativa, neste caso os cuidadores da criança, possibilitam a construção e o desenvolvimento das capacidades e as potencialidades de cada criança. O que verifiquei o brincar permite que a criança desenvolva a sua autoconfiança, nas áreas do saber fazer e no treino repetido de algumas atividades, que lhe permitem desenvolver e adquirir novas competências. Se as instituições de educação forem organizadas em torno do brincar infantil, o que acaba por acontecer efetivamente é que a criança vai cumprindo os objetivos pedagógicos, através de um método voluntário, de estimulação da criatividade e participação da criança na tomada de decisão diariamente.

1.2.Brincar na sala azul

A sala tem o nome de sala azul, nome atribuído pelas crianças que dela fazem parte. É um espaço amplo, como muita luminosidade, mas que facilmente se torna num ambiente mais escurecido na hora da sesta (das 13 às 14 horas). Curiosamente de todas as paredes brancas e uma delas é cinzenta, isto porque o que realmente importa sobressair são as pinturas e todos os trabalhos coloridos elaborados por cada criança.

A sala está organizada por áreas temáticas (desenho, leitura, escrita, matemática, o faz de conta e a construção). Cada área tem quatro cartões correspondentes que ditam o número máximo de crianças que podem usufruir, em simultâneo, dessa área temática após indicação da educadora. Exemplificando, a criança dirige-se ao espaço do faz de conta e coloca o cartão com uma fita ao pescoço e depois brinca nesse espaço. Sempre que a criança quiser pode mudar de área, se houver disponibilidade para participar nas outras áreas, ou seja sempre que existirem cartões disponíveis. A escolha de cada área

reflete de certa forma as preferências de cada criança e de alguma forma é nestes momentos que expressam as suas emoções maioritariamente positivas.

Todas as áreas estão adaptadas à idade pré-escolar. A sala tem acesso a um *atelier* (comum a outra sala) onde são desenvolvidas atividades de expressão plástica, oficina de artes, culinária. Também de fácil acesso existe a casa de banho, em que a educadora investe na importância da lavagem das mãos. A sala tem 23 crianças de diferentes nacionalidades (espanhola, angolana e ucraniana), mas nas brincadeiras não se evidenciou essas diferenças e pela minha percepção até existia complementaridade. No início da manhã, a educadora reuniu todas as crianças numa roda e deu-me a oportunidade para me apresentar. Como me chamava, quem eu era, o que estava ali a fazer foram as perguntas iniciais. Posteriormente, quando perceberam que era enfermeira reportavam-se de imediato para o “hospital”. Mais especificamente, o que eu fazia lá e se existiam brinquedos! Este dado foi interessante, pois todos eles não associaram o hospital a um local de sofrimento emocional e a grande parte quis marcar posição fazendo as suas queixinhas a alguém de cuidava dos meninos quando estavam doentes (“Eu tenho muita tosse queres ver?”, “Eu tenho um dói-dói no dedo”, “Eu uma vez engasguei-me”, “Eu levei duas picas e depois a senhora meteu-me um penso bonito no braço”, “Eu uma vez fiquei em casa muito doente com febre”. Portanto, a imagem que grande parte delas apresentava do enfermeiro é que é uma pessoa que cuida deles, para ficarem bem e puderem brincar. Todos eles muito diferentes, uns mais ativos outros menos intervenientes, mas ainda assim com vontade de brincar. No grupo existem duas crianças sinalizadas, uma com autismo e outra com um diagnóstico ainda não estabelecido (ainda em avaliação, mas que apresenta um défice na linguagem, pouco participativo, não interage com as outras crianças, isola-se durante a brincadeira livre). A idade pré-escolar é a idade das descobertas da imaginação e da construção de padrões socioculturais, pelo que a leitura é uma das atividades de destaque. Este ano letivo são trabalhados dois livros, de acordo com o plano curricular do ministério da educação, cujo objetivo será trabalhar um tema passando uma mensagem específica. Este ano são elas “O elefante diferente- que espantava toda a gente” dos autores Manuela Castro Neves e Madalena Matoso e “A zebra Zezé” de Aventura & Alberto Faria.

A parceria entre a educadora e os pais era evidente no que diz respeito à atividade do brincar. No momento da admissão da criança na instituição existe uma entrevista entre a educadora e os pais ou o encarregado de educação, entrevista esta que contempla a

à área do brincar e da relação que a criança estabelece com o meio. Relativamente à atividade do brincar, a educadora explora aspetos relacionados com as preferências da criança, os seus brinquedos e atividades habituais, a existência ou não de dificuldades na relacionamento com os outros, as limitações que a criança tem no desenvolvimento de atividades, que possam implicar algum problema motor e/ou cognitivo. No entanto, apesar de serem considerados estas particularidades específicas de cada criança, em que são potencializadas as suas capacidades em sala e fragilizadas as suas limitações. Uma das regras implementadas na sala, é que a criança pode brincar com objetos trazidos de casa, apenas à sexta-feira (facilitar a organização da sala e facilita a gestão dos brinquedos pessoais). Para além de existir a preocupação de fazer o levantamento das necessidades da criança, no momento da admissão na instituição, a equipa educativa procura investir numa comunicação aberta, que se foca no reconhecimento pela importância do papel dos pais na educação dos filhos e na potencialização das suas habilidades, para fazerem um acompanhamento nas atividades lúdicas em casa. Por exemplo, relacionado com o tema “O Outono” a educadora pediu a colaboração dos pais para em casa fazerem um desenho com a criança. A comunicação com os pais também é facilitada, porque existe um ambiente acolhedor na receção e na despedida da criança. E devo salientar que apesar de ter estado pouco tempo com estas crianças, quando eu me ia embora, ou até mesmo o inverso, corriam atrás de mim para me darem um abraço e um beijinho.

Para terminar gostaria de relatar uma das situações que exemplifica na perfeição que a tomada de decisão na sala azul é partilhada, em que a opinião da criança é sempre considerada. Cada criança teve de escolher um animal para a sala azul. Atendendo ao tema da sala foi dada uma orientação pela educadora, como tendo de ser um animal do ar (céu azul) ou da água (mar azul). Foi feita uma roda, em que cada uma das crianças exprimia a sua opinião relativamente à escolha de um animal... O que foi um momento muito engraçado, acompanhado de gargalhadas espontâneas, pois alguns sugeriram uma baleia, um golfinho, uma águia...respostas não adequadas ao tema da sala! Mas a educadora introduziu mais alguns critérios orientadores, apresentando algumas sugestões, como um peixe, uma tartaruga, um canário, um periquito...Os votos começaram e terminaram. A sala azul por unanimidade vai ter um peixe. Eu dei o meu contributo e sugeri um peixe Beta, que é azul e vive em água fria, que eles acharam o nome e a ideia muito apelativa.

2.JORNAIS DE APRENDIZAGENS DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

2.1. A gestão de emoções na unidade de saúde familiar

Para iniciar esta reflexão gostaria de começar pelo que acredito ser mais pertinente que é a realização do diagnóstico de situação, entendendo que este passa pela “*elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada*”, ou seja, a realização de um modelo descritivo da realidade sobre a qual pretendo interagir (Teófilo *et al*, 2010, p. 10). Nesta etapa, como enfermeira especialista, procederei à identificação das potencialidades e dos recursos do contexto de intervenção, para que ocorra um verdadeiro conhecimento da situação atual, um adequado planeamento e a execução objetiva do projeto a que me propus desenvolver. Este enquadramento inclui uma caracterização focada em aspetos relacionados, principalmente, com o cuidar em enfermagem e a gestão de emoções, nas consultas de saúde infantil e na vacinação.

A saúde infantil funciona numa sala, que fisicamente tem uma estrutura pouco recente, mas que com a evolução dos tempos e das vontades, tem vindo a ser preenchida e decorada pelos próprios profissionais, no sentido de tornar o ambiente mais alegre e acolhedor para a criança e sua família. No seu todo, faz-se sobressair algumas partes das paredes de cor azulão, em que a mais apelativa está colorida com bonecos de grandes dimensões, mais descritivamente, são ursinhos numa horta com um trator. Esta parede, maior parte das vezes, é o alvo do olhar dos mais pequenos, sendo usada como forma de distração da criança, durante a realização da consulta. Num dos cantos da sala encontram-se alguns brinquedos, nomeadamente, dois carros, um telemóvel e um “bebé”, os quais representam ferramentas essenciais de comunicação com a criança, segundo a sua idade e etapa de desenvolvimento. Por limitações económicas, temporais e de funcionalidade das consultas, a equipa não tem investido na aquisição de um maior número e variedade de brinquedos (porque se colocavam questões de desinfeção dos brinquedos entre o intervalo das consultas). Ainda assim a aposta passa, sobretudo, pela promoção de um ambiente acolhedor e de afetos, em que as interações são realizadas com intencionalidade, existindo a preocupação de gerir as emoções que vão surgindo, em sintonia com o mundo do imaginário da criança.

A sala de vacinação é um espaço de reduzidas dimensões. No seu contíguo apresenta uma divisão onde são armazenadas e preparadas as vacinas, para posterior administração. Ambas têm um ambiente que tem vindo a ser decorado por toda a equipa, pelas limitações económicas verificadas na atualidade, não existindo fuga à exceção, nesta usf. Todavia, todos os enfermeiros deram o seu contributo para colar nas paredes, imagens de animais coloridos, em que se destaca também uma parede de cor azulão, que desperta a atenção desde os mais pequenos aos mais jovens. Apesar da rotatividade dos elementos da equipa pelas várias consultas, factualmente existe uma enfermeira que se encontra com mais frequência na sala de vacinação.

Na sala de espera da usfc existe um “cantinho infantil” onde a criança se depara com alguns materiais didáticos (lápis de cor e papel), que pode usufruir enquanto aguarda pelas consultas (o que facilita o papel dos pais, sobretudo, em idade pré-escolar e escolar, que encontram um recurso físico que oferece à criança uma ocupação lúdica e de recreação, mesmo num espaço de prestação de cuidados de saúde).

Apesar das limitações e dificuldades físicas e económicas, que a equipa encontra para incluir o brincar terapêutico nos cuidados à criança e sua família, existe uma procura incessante e uma preocupação evidente na manutenção de um ambiente harmonioso e de segurança. Assim, tal como a autora Diogo encontrou no seu estudo sobre o trabalho das emoções em enfermagem pediátrica, este ambiente é conseguido, não só através da criação de um ambiente afetuosos na relação com a criança e família, mas também pela relação de proximidade que existe entre os vários elementos da equipa (Diogo, 2012). Entre a equipa é visível a partilha de ideias e sentimentos, como forma de gerirem as suas emoções, em que a união é bem visível, pois facilmente esboçam sorrisos, brincam entre eles e recorrem ao humor com facilidade e automatismo. A autora supracitada retrata no seu estudo alguns exemplos de atitudes/comportamentos/postura que a equipa de enfermagem já desenvolve, ainda sem correlacionarem com a importância que representam na gestão de toda a emocionalidade nos processos de saúde e doença, como as *“interações específicas que são: acolher, cumprimentar, expressar afeto, gerar ambiente familiar [...], brincar, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados, despedidas calorosas”* (Diogo, 2012, p. 227).

Quanto às fardas utilizadas pela equipa de enfermagem, apenas um elemento utiliza uma farda colorida, pelo que sugeri aos outros elementos foi a transformação das fardas com alguns adornos decorativos ou utensílios, como molinhas em madeira ou pins de algumas

personagens do mundo infantil (por exemplo, o rato Mickey da Disney®). Estes objetos transformam a imagem que a criança cria de nós à nossa aproximação e, muitas das vezes, prendem a sua atenção nestes objetos, os quais depois podem ser utilizados nas estratégias de distração da criança durante a prestação de cuidados. No entanto, considerando os procedimentos necessários e inerentes ao próprio ato do cuidar, os profissionais assumirem o fardamento não colorido, é um fator que é atenuado pela facilidade com que a equipa cuida de um modo afetuoso. Esta relação é motivada pela proximidade e duração da relação estabelecida ao longo do tempo com a criança e sua família (por exemplo, uma “família” é seguida no planeamento familiar, posteriormente, na saúde materna, passa para a saúde infantil e vacinação e, por vezes, o enfermeiro da saúde comunitária ainda realiza a visitação domiciliária, se necessário). A ligação de continuidade temporal, no meu entender facilita todo o processo de gestão da emocionalidade, quer na presença ou ausência de saúde. De igual modo, o que eu senti é que a aproximação e a ligação da equipa a cada família destaca-se por uma interação natural ou por uma predisposição intrínseca para o cuidar *intencional e objetivo*, que visa contribuir para o bem-estar físico e emocional da criança e da sua família. Com esta finalidade, julgo que neste contexto acabei por encontrar-me com o que é defendido pela equipa, isto porque a minha intervenção durante os cuidados prestados à criança e família (com a aplicação de técnicas de comunicação e de distração específicas, de acordo com a idade) contribuiu para evitar ou minimizar os stressores físicos e emocionais da criança e família provenientes das vivências durante os processos de saúde e de doença. A vacinação constitui um desses momentos.

2.2. A atividade do brincar na vacinação

O momento em que uma criança é vacinada pode implicar uma vivência emocionalmente intensa, uma vez que está associada a um procedimento doloroso, logo é uma experiência com um potencial traumático de sofrimento enorme. A equipa de enfermagem revelou precisar de um guia de orientação da prática adaptadas a este contexto sobre a “A preparação da criança e família para procedimentos dolorosos”. Neste guia, com apoio de bibliografia já existente, serão apresentados aspetos relacionados com as características da etapa de desenvolvimento da criança, estratégias gerais de

comunicação, técnicas de distração e jogos específicos, de acordo com a idade da criança. A sua estrutura será num quadro resumo esquematicamente, de fácil e rápida consulta, constituindo um apêndice do manual de vacinação, que ainda se encontra em elaboração pela enfermeira perita em vacinação (este guia pode ser transversal a outras valências, sempre que existir o envolvimento de uma criança e família num procedimento associado a um sofrimento físico e emocional, por exemplo, na sala de tratamentos). Para além de reconhecer a importância deste guia, uma das orientações a salientar junto da equipa é a linguagem não-verbal transmitida pela criança, a qual deixa transparecer as suas emoções e sentimentos e, muitas das vezes, oferece mais informação que a linguagem verbal.

A utilização de técnicas de comunicação criativas é deveras fundamental para que a nossa aproximação não constitua um agente de stresse para a criança. E podem ser realizadas diversas abordagens, como muita imaginação e criatividade, com recurso a simples jogos, como por exemplo, o jogo de completar frases, o fazer um desenho, os truques de magia (Hockenberry e Wilson, 2011). Os mesmos autores são imprescindíveis para a concretização deste guia, os quais enunciam diretrizes gerais de comunicação com a criança, entre elas destaco algumas por mim implementadas, que me fizeram sentir que durante a vacinação e consultas de saúde infantil são realmente eficazes, tais como: a comunicação com a criança por intermédio do objeto de transição; a comunicação com palavras simples e de simpatia, num tom de voz sereno e amistoso; a demonstração de um sorriso e a valorização da honestidade e o ser verdadeiro com a criança e a família, face a procedimentos que envolvem efetivamente dor física e impacto emocional. O enfermeiro especialista tem de conhecer estes princípios para os respeitar.

2.3. Ação de formação “A gestão de emoções nos processos de saúde e doença: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar da criança e da família”

É uma questão real e central, em que na profissão de enfermagem é necessário a introdução de sucessivas reestruturações, que motivem os enfermeiros a refletir sobre os seus sentimentos e emoções, pois este é um campo que influencia a forma como se apresentam, acolhem, cumprimentam... cuidam da criança e da sua família.

Não pensar e não pensar no que pensamos, no que sentimos e nas estratégias de gestão das nossas próprias emoções é desviar-nos do caminho que vai de encontro à disponibilidade emocional para cuidarmos do outro. Como especialista, na passagem por este campo de estágio acredito que funcionei como agente indutor de mudança, isto é que instiguei a equipa a refletir sobre esta temática, e seguir este percurso é pensar numa enfermagem que tem atravessado profundas reestruturações, que no cuidar à criança e família se refletem num empenhamento pessoal que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados. Silva (2003) lembra que garantir a melhoria da qualidade dos serviços passa por um investimento na atualização dos conhecimentos dos profissionais. Além do mais, a autora salienta que a formação é prioritária, porque se assume como um dos fatores que afeta, não só o nível de desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, como também o das organizações, para que estas se ajustem às inovações e exigências, que advêm do mundo em permanente mudança em busca de uma melhor qualidade dos serviços.

No contato direto com os vários enfermeiros, através de conversas informais, senti que existia manifestamente uma dificuldade evidente no estabelecimento de uma relação direta entre a utilização do brincar terapêutico como estratégia na gestão de emoções. Além disso, na sua maioria verbalizaram a sua dificuldade na reflexão sobre as suas próprias emoções para, posteriormente, utilizarem estratégias e terem disponibilidade emocional para lidarem com as emoções da criança e da família. A gestão de emoções. Como já refleti um pouco anteriormente, implica de certo modo uma forma de lidar com as nossas próprias sensações do momento a ser vivido, apropriadamente num contexto de cuidados (perante situações de grande intensidade emocional, que desencadeiam em nós a capacidade ou a necessidade de encontrarmos estratégias de confronto). E o que eu considero fundamental, ao longo dos anos de experiência de contato relacional, é o conhecimento de nós próprios e termos a consciência de reconhecer as nossas limitações, as nossas dificuldades, na gestão das nossas emoções). Pensar no que estamos a pensar, a vivenciar e a sentir permite-nos alocar recursos internos e externos, que mobilizados na interação, nos ajuda a tomar decisões partilhadas com a criança e família (sobretudo em situações envoltas de um grande sofrimento emocional). Assim, acredito que para o desenvolvimento de competências acredito é necessário, estar disponível para adquirir mais e mais conhecimento, e em alguns momentos colocar em questão o que já damos.

Tendo em conta as necessidades da equipa da usfc foi planeada um momento de reflexão conjunto sobre a gestão das emoções no cuidar em enfermagem durante os processos de saúde e doença (para posteriormente existir uma correlação com o brincar terapêutico de enfermagem). Este momento partilhado e formativo, para além de proporcionar uma reflexão sobre a gestão de emoções, contribuiu também para aumentar os conhecimentos da equipa dentro desta área temática. A ação de formação envolveu uma planificação, implementação e avaliação conjunta com um enfermeiro, estudante e colega do mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria, que na minha opinião foi uma mais-valia, porque existiu em certa medida uma complementaridade de assuntos a abordar.

2.4. Cuidar para o desenvolvimento na consulta de saúde infantil e do jovem

O cuidar da criança e da família, na minha perspetiva profissional, deve enaltecer o acompanhamento do estado de saúde, que engloba o crescimento e desenvolvimento da criança, pelo que considero de extrema importância a intervenção do enfermeiro especialista na consulta de saúde infantil e do jovem. Apesar da variedade dos meios geográficos, das condições de vida das famílias, das estruturas sociais e dos valores culturais, todas as crianças do mundo apresentam de características comuns e passam por etapas semelhantes de desenvolvimento. O termo “semelhante” remete-me, em oposição, para as especificidades de cada criança e família, em que as suas experiências de saúde e doença são individualmente distintas. Em pediatria, a especificidade prolonga-se para aspetos como, as doenças pediátricas, as características do desenvolvimento físico e cognitivo da criança e o respeito pela unicidade do sistema familiar (diversidade de crenças, valores, etnia, posição social e económica).

Deste modo, defendo que a avaliação do desenvolvimento infantil passa por um processo de investimento contínuo, quer na promoção da saúde, quer na deteção precoce de perturbações e sinais de alerta da criança, que a Ordem dos enfermeiros enfatiza no Guia de Boas Práticas. Na consulta de saúde infantil, que tive oportunidade de ser interveniente ativa, esta apreciação foi estruturada e era mensurável, através do instrumento de avaliação, a escala de Mary Sheridan, adotada pelos enfermeiros da usfc.

Num processo de saúde, o que senti efetivamente é que é um desafio promover o desenvolvimento infantil num contexto limitado no tempo e, neste caso específico, o meu contacto com a criança e sua família acabou por ser circunstancial. Sem dúvida alguma, constituíram momentos valiosos de observação da criança e sua família, que não desperdicei e, sempre que possível, direcionei a minha intervenção para o brincar como contributo essencial para o saudável crescimento e desenvolvimento da criança. Além do mais, gostaria de atribuir importância ao fato de que a avaliação do desenvolvimento infantil é uma intervenção autónoma de enfermagem, pelo que enquanto enfermeira especialista não poderei de valorizar, independentemente dos contextos interativos. Durante as consultas de saúde infantil estive alerta para a deteção atempada de alterações no desenvolvimento da criança, de modo a poder intervir precocemente, com uma visão clara e plena de que esta intervenção permite reduzir as consequências da doença e projeta-se em ganhos em saúde. Para reforçar esta ideia gostaria de relembrar que uma das competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem passa pela prestação de cuidados que dão resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2).

Desta experiência, foi de fato importante o contato com crianças saudáveis em permanente crescimento e desenvolvimento, em oposição à minha realidade prática diária. Além disso, refleti sobre o processo de crescimento e desenvolvimento, ambos indissociáveis e que não ocorrerem separadamente. Os autores Hockenberry e Wilson (2011) enfatizam este aspeto e referem-se ao desenvolvimento infantil como uma sucessão de acontecimentos organizados, que implicam crescimento, amadurecimento e aprendizagem. O crescimento refere-se a alterações quantitativas, ou seja, essencialmente físicas, como o aumento de tamanho ou de peso. Durante a infância vão existindo inúmeros e sucessivos períodos, cada um de acordo com as particularidades de cada criança, pelo que dos vários indicadores existiam parâmetros que eram sempre avaliados, de acordo com a idade, como o peso, altura, perímetro cefálico e dentição.

As brincadeiras durante a avaliação dentária também eram frequentes, em que uma linguagem de carinho predominava. O enfermeiro especialista deve estar atento a este aspeto, num contexto de saúde e de doença, visto que as doenças orais, como a cárie dentária, representam um sério problema de saúde pública ao afetarem uma grande parte da população, influenciando indubitavelmente os níveis de saúde, de bem-estar, de

qualidade de vida. As crianças são um grupo em que estratégias de intervenção precoce podem ser muito eficientes e eficazes. O que tentei fazer foi demonstrar às crianças e aos pais a importância da prevenção deste problema, em que uma atuação preventiva e precoce facilita uma boa higiene e saúde oral (a valorização destes aspetos é transversal a todas as idades, particularmente, desde a erupção do primeiro dente). Na deteção de algum problema dentário a equipa de enfermagem articula com a equipa e faz usufruto dos protocolos existentes com clínicas dentárias (esta é uma medida mais específica da intervenção em idade escolar, altura é que o diagnóstico de patologia dentária é efetuado).

Em todas as consultas pesava e media cada criança. As crianças com mais de um metro eram medidas com uma fita métrica que representava uma girafa, em que era o seu pescoço que esticava e encolhia e, por isso, com alguma facilidade a criança participava nesta avaliação, ao mesmo tempo que brincava com o pescoço da girafa!

O peso de uma criança sofre inevitavelmente variações rápidas e importantes, pelo que é um excelente indicador do estado de saúde e de nutrição da criança. Relativamente ao valor do peso, este desencadeava alguma inquietação nos pais, os quais ficavam preocupados, quando a criança não aumentava de peso. A gestão destas situações baseava-se na compreensão da ansiedade e a partilha do sentimento associado a esta preocupação. A minha intervenção foi no sentido de transmitir tranquilidade aos pais, sobretudo quando não existiam alterações de saúde, fornecendo algumas informações e estratégias que contribuíam para um sentimento de maior segurança e controlo da situação. E quando falo em segurança, refiro-me a este aspeto como um dos principais componentes da qualidade dos cuidados, que é fazer com que a criança e a família se sintam seguras face à minha prestação, fazendo de alguma forma emergir uma cultura de segurança. Esta cultura de segurança passa por reconhecer e valorizar os seus valores, as suas crenças e igualmente os sentimentos e emoções que experienciam durante os processos de saúde e doença. A Direção Geral de Saúde foca este aspeto, enfatizando que as instituições de saúde devem preconizar uma cultura de segurança, cujo cuidar foca-se na melhoria dos cuidados prestados ao doente (DGS, 2002).

Nas consultas de saúde infantil, em algumas situações, nomeadamente, no caso dos recém-nascidos, a transmissão de segurança assume um papel de extrema importância, pois envolve uma componente emocional muito grande, na aquisição de competências parentais, por exemplo, no caso do aleitamento, materno ou não (*Será que estou a fazer*

bem? Será que o meu leite é suficiente?). Ao longo das várias consultas salientei que o que fornece mais informações não é o peso atual da criança, num dado momento, mas sim a sua evolução ao longo dum determinado período (que era validado através do percentil da criança, que tem uma representação num gráfico padronizado, determinando se a curva de crescimentos é adequada ao género e a sua idade). Curioso será constatar que, contrariamente ao peso, os pais manifestavam claramente a sua alegria, pois as suas crianças estavam maiores, em crescimento. O que é perfeitamente entendível, pois a altura é uma medida muito mais estável que não diminui, mas é que mais difícil de medir do que o peso. Habitualmente recorria a algumas personagens do mundo infantil para conseguir a colaboração da criança na correta medição. Por exemplo, “*Agora vamos ver se tu és um menino tão crescido como o Ruca!!!*” ou então utilizava o ursinho da parede para negociar com a criança “*Vamos ver se tu estás maior que o ursinho da horta, que cultiva e come muitos vegetais?*”. Associando estas personagens a engraçada girafa do pescoço que esticava, mais facilmente conseguia a sua colaboração. Além disso, o que experienciei foi que as crianças que não tinham historial clínico de doenças com hospitalizações anteriores, sem experiências de sofrimento emocional associadas a procedimentos dolorosos, colaboravam quase com a inexistência de uma estimulação externa, com recurso ao uso de um brinquedo.

Ainda continuando a abordagem ao desenvolvimento da criança, os autores referidos anteriormente falam do processo de “amadurecimento” da criança, descrito como um aumento da sua capacidade de adaptação perante os diversos contextos, em que na prática vai passando de um estadio menos diferenciado para um de maior complexidade. Desta forma, enquanto enfermeira especialista, relembro uma referência da ordem dos enfermeiros que afirma que “*pensarmos o «desenvolvimento» é refletirmos num caminho que se vai fazendo e que, na melhor das expectativas, vai num sentido de maior autonomia, bem-estar e dignidade*” (OE, 2010a, p. 70).

2.5. Brincar para o desenvolvimento na consulta de saúde infantil

Durante as consultas de saúde infantil pude verificar que o brincar é um dos componentes fundamentais na comunicação com a criança e senti que para a criança, o brinquedo não é tido como um mero e banal objeto através do qual podia brincar, mas sim uma

representação e um objeto de significados, e que muitas delas por vezes até traziam o seu boneco para ser consultado! E cada um deles tinha um significado muito próprio para cada criança dependendo da importância que cada uma lhe atribuía. Na sua maioria penso que os brinquedos que traziam à consulta acabavam por funcionar como objeto de conforto, que se transformavam em objetos de tranquilização e as transportavam para o seu mundo de referências familiares (num ambiente que lhe era desconhecido, potencialmente stressante e ameaçador).

A linguagem não-verbal estava presente, por exemplo, numa interação em que a criança logo à chegada trazia um ursinho e que o tocava e aconchegava com as suas mãos contra o seu corpo, como se agarrado a um objeto que de alguma forma o podia salvar. É importante o enfermeiro reconhecer a importância destes brinquedos que a criança faz-se acompanhar e transmitir-lhe essa mensagem durante o cuidar, não separando e fomentando a sua presença e incluindo o brinquedo nos cuidados. E quando dei por mim, nesta situação, estava a medir o ursinho, para depois medir a criança. Assim, e como de fato comprovo na prática, é um elemento tão essencial para o desenvolvimento e bem-estar da criança, que não pode ser eliminado das suas rotinas, que seja no contexto de tratamento de uma doença, quer seja num contexto de promoção de saúde. O que posso aferir é que o brinquedo e o brincar têm realmente uma grande aplicabilidade no cuidar da criança e da família, pelo que o enfermeiro especialista não pode deixar de o priorizar, visto o brincar fazer parte dos direitos da criança.

Na consulta de saúde infantil existiu o respeito pela individualidade de cada criança e família, pelas suas rotinas e hábitos familiares (inclusão do brinquedo durante a avaliação da criança), por outro lado, quando a criança não trazia o seu próprio brinquedo, a consulta decorria com alusão ao mundo infantil, com muita imaginação e com utilização dos recursos existentes da unidade saúde familiar. Deste modo, posso afirmar que, durante o estágio na unidade de saúde familiar, o brincar terapêutico foi uma estratégia que utilizei para proporcionar à criança e família uma intervenção de enfermagem criativa, divertida, aberta, mas que em simultâneo transmitia calma e segurança.

Como enfermeira especialista, não poderei deturpar que o envolvimento familiar alicerça as necessidades da unidade familiar e as necessidades individuais da criança, bem como de todos os outros elementos. Logo, acredito que aumentar a qualidade dos cuidados implica recorrer a um pensamento sistémico da família, incluindo os próprios sistemas de interação da criança, dos seus irmãos, dos pais e de outros elementos que a constituem.

A concretização de uma parceria aproxima-me da criança e da sua família e, em conjunto, reunimos a ambição de alcançar o mesmo objetivo, através da manutenção de uma relação de respeito e de confiança. E ser parceira é algo que assumo ser e não apenas o que assumo fazer, pois é percorrer um caminho, para atingir os resultados desejados, satisfazendo as necessidades que a criança e a família reconhecem ter. Os resultados, os objetivos e as expectativas nascem da criança e da família e não podem ser fruto das necessidades individuais da equipa que está envolvida no cuidar. Desta forma, é essencial utilizar o instrumento básico da enfermagem, a comunicação, para promover a ligação à criança e à família e fortalecer a relação de empatia que se gera. Apenas com o meu envolvimento poderei fazer com que a família se sinta compreendida nos momentos de fragilidade (provavelmente o pior da sua vida, a doença oncológica no seu filho), criando de fato uma parceria nos cuidados. Por conseguinte, uma vez estabelecida uma parceria sólida e verdadeira, florescem momentos de crescimento, que permitem um desenvolvimento pessoal recíproco.

O envolvimento da família passa também por promover a sua autonomia, enfatizando-se as interações entre a criança e os outros elementos da família, pois desta forma tomam decisões em conjunto, durante o processo de doença, ou até mesmo na saúde, criando-se um conceito de família saudável. Pela minha experiência verifico que existem vários tipos de famílias, sendo bastante desadequado, por parte de alguns profissionais rotularem as famílias de “difíceis”, pois quando isto acontece, normalmente, deve-se às dificuldades que estes profissionais sentem em estabelecer uma relação, essencial no cuidar, devido à insegurança que sentem perante a família. Não existem propriamente famílias difíceis ou inadequadas, como muitas das vezes se ouve na prática... Todas elas são, simplesmente, diferentes e é o reconhecimento dessa diferença, que permite a individualização dos cuidados, e cuidar desse conjunto de pessoas, como únicas. Estrategicamente, há que estimular o desenvolvimento dos pontos fortes de cada um dos membros da família, promovendo o crescimento do todo e a sua transformação.

A forma como a criança cresce a brincar, como brincar em casa, na escola, influencia a forma como brinca depois num contexto que habitualmente não é o seu, seja o centro de saúde ou o hospital. Durante as consultas tive oportunidade de alertar os pais para a importância do brincar, pois atualmente as sociedades tendem a subjugar as atividades lúdicas e recreativas, que contribuem para o desenvolvimento saudável da criança. O que me fez sentir de alguma forma impotente foi o fato de os pais até estarem motivados

verbalizarem a o desejo de apostarem e envolverem-se nas atividades com dos seus filhos, mesmo de lazer, porque estas contribuem para o bem-estar comum da família... e devido a inúmeros fatores, mas cada vez mais frequente o flagelo de família em que o desemprego reina e a falta de recursos económicos não lhes permite realizar algumas atividades básicas.

O que eu gostei de intervir foi transmitir alguns jogos que ocupam e distraem a criança e que permitem o seu desenvolvimento sensorial, cognitivo e emocional, mas que não implicam custos adicionais para o orçamento das famílias, mas que fomentam a união, a proximidade e o convívio entre os vários elementos da família. Deste modo, surge assim um paradoxo entre a existência de mais tempo da família, por situações de precariedade e desemprego, mas menor qualidade de vida e de aproveitamento do tempo em que passam juntos. Numa situação durante a consulta de saúde infantil, uma mãe desempregada, que passava os dias com a sua filha, referia a dificuldade em arranjar motivação, imaginação e criatividade para desenvolver atividades com a sua filha de forma a garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável. O que me leva a pensar sobre que estratégias podem os enfermeiros surgir para que exista um melhor aproveitamento do tempo que antes já fora escasso (e que em muitas situações ainda o é e se opõe a estas questões).

As soluções que têm de ser procuradas têm de considerar os contextos culturais específicos da vida de cada criança e sua família. Por outro lado, esta falta de competências para o brincar em casa pode levar, considero eu, para uma tendência para a institucionalização das atividades de tempo livre das crianças e jovens. A mãe preocupa-se sobretudo como a sua incapacidade para manter a filha intelectualmente ativa e ao mesmo tempo corporalmente dinâmica, o que de fato exigia dela a aquisição de novos conhecimentos. Estive disponível para ouvir a sua exposição acerca dos recursos materiais que apresentava em casa e com eles desenvolver então alguns jogos e brincadeiras. Ainda assim alertei a mãe para a necessidade de atividade física e do jogo espontâneo e não programado nesta fase de desenvolvimento, sendo crucial e decisivo na delimitação e aquisição de hábitos saudáveis para uma vida futura ativa.

2.6. Participação na reunião de equipa do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Durante o estágio na unidade de saúde familiar foi-me sugerido a participação na reunião mensal do “Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco”, pelo que aceitei de imediato, apesar de ser uma atividade não projetada. Esta atividade constituía uma oportunidade de estar presente num momento em que são discutidas situações, que pelas suas particularidades, representam e induzem a necessidade de se gerir as emoções, porque envolvem um sofrimento emocionalmente intenso para a criança e sua família.

As crianças e jovens, as famílias, são referenciados para o núcleo a partir de outras instituições de saúde, mais precisamente, as unidades de saúde familiares/centros de saúde e hospitais da área de referência, pelos mais variados motivos, em que os maus tratos desempenham um papel de destaque. Segundo a Direção geral de saúde (DGS) os maus tratos a crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameaçam, não só a sua segurança e dignidade, como também o seu desenvolvimento biopsicossocial e afetivo (DGS, 2011). A mesma entidade considera tratar-se de um fenómeno complexo e multifacetado, em que para as crianças e os jovens envolvidos existe sempre repercussões negativas no seu crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade. Além disso, este fenómeno tem uma particular gravidade, porque é um problema de saúde pública, em que o objeto de vigilância e de cuidados, envolve um grupo vulnerável da população, a criança e o jovem.

O Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco faz-se representar por vários profissionais, que se reúne de forma agendada periodicamente ou sempre que seja necessário, em função das situações sinalizadas. A equipa é constituída por dois enfermeiros especialistas (um em saúde comunitária e outro em saúde infantil e pediatria), um enfermeiro generalista, um médico, uma assistente social e uma psicóloga, que entram em articulação com a Comissão de proteção de menores, sempre que necessário. A estes profissionais é exigido um perfil, que segundo a DGS (2011) passa por: conhecerem o contexto social e cultural da sua área de intervenção, bem como os recursos comunitários disponíveis; estarem motivados e capacitados para a intervenção junto de crianças e jovens em contextos de risco; terem formação e/ou experiência na

área do desenvolvimento infantil e juvenil; e, estarem familiarizados com os mecanismos legais e os protocolos instituídos (procedimentos da sinalização e da complementaridade funcional entre as estruturas que intervêm em situações de risco para a criança e jovem).

A minha intervenção neste encontro com a equipa do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens de Risco foi bastante ativa e participativa e, no final, como senti que a equipa era muito recetiva e disponível, coloquei a seguinte questão: *“A prática diária exige dos profissionais o confronto com experiências de grande complexidade e de grande sofrimento. No cuidar da criança e da família que estratégias utilizam na gestão das suas emoções?”*. Cada um dos elementos que eu mencionei em cima foi respondendo intermitentemente. De uma forma sucinta fui escrevendo as opiniões/ideias de cada interveniente, pelo que gostava de referir tópica e esquematicamente os aspetos mais evidenciados, que se apresentam como os seguintes:

1. A gestão das emoções passa pela motivação pessoal e profissional para a defesa dos interesses e direitos das crianças, havendo um investimento da equipa na formação (disponibilidade emocional para o confronto com as situações complexas);
2. As decisões tomadas relativamente às situações de crianças sinalizadas são da EQUIPA, o que proporciona a cada elemento da equipa um sentimento de segurança face às medidas que são instauradas, que têm repercussões a curto, médio e a longo prazo, na vida da criança;
3. A partilha e a exteriorização dos seus sentimentos e emoções perante a equipa, em todas as reuniões contribuem para um ambiente de tranquilidade e confiança, facilitador de todas as emoções envolvidas;
4. Vários elementos da equipa valorizam a importância da consciencialização da incapacidade/insucesso de resolução de todas as situações sinalizadas, em que o encaminhamento para a Comissão de proteção de menores é sempre passível de ser considerada; e a,
5. A criação de momentos de convívio e de descontração facilita a gestão de emoções.

O *Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção sobre maus tratos a crianças e jovens* define *“as situações que consubstanciam a prática de maus tratos, os quais podem*

apresentar diferentes formas clínicas, por vezes associadas: negligência (inclui abandono e mendicância), mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen por Procuração” (DGS, 2011, p.17). Os casos apresentados nesta reunião estavam relacionados com o incumprimento do plano de vigilância de saúde infantil (negligência), a violência doméstica (maus tratos físicos) e a disfunção familiar, em que vulnerabilidade da criança a coloca em risco (maus tratos psicológicos e emocionais). A equipa, pela minha perceção, encara família como um todo, articulando com as diversas instituições da comunidade, para dar resposta ao problema em causa (que motivou a sinalização para o núcleo). Sempre que a equipa admite que não consegue resolver a situação, articula-se com a comissão de proteção de menores, depois de ter esgotado todas as estratégias institucionais e sociais, da comunidade, passando o *risco* a *perigo* evidente para a criança.

Na minha opinião, o enfermeiro especialista deve estar atento às situações que possam envolver risco para a criança e jovem, no entanto, há que considerar que os fatores de risco social (como a pobreza, por exemplo, que pode aumentar as probabilidades da criança e do jovem poder estar em risco) não devem funcionar como um indicador de causa direta de perigo para o bem-estar e saúde da criança e do jovem. Esta avaliação é feita pela equipa multidisciplinar do núcleo que atende à globalidade das características inerentes ao ambiente onde a criança está inserida, o qual inclui e enaltece o sistema familiar e social. Logo, a existência deste núcleo é fundamental para assegurar o respeito pelos direitos universais da criança, pelo que considero uma atividade que acrescenta mais uma valiosa experiência, facilitadora da concretização dos objetivos a que me propus atingir.

A minha ida à reunião do núcleo fez-me refletir sobre o valor da vida, da vida humana. É o meu dever prevenir, despistar, detetar e sinalizar qualquer situação de negligência ou maus tratos à criança. Não podemos permitir que a criança esteja exposta a estas situações, pois a criança tem o direito de ser salvaguardada de qualquer tipo de abuso e protegida contra todas as formas de maus tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis por si. O que sinto é que o silêncio dos enfermeiros é compactuar com a situação em instalada de maus tratos, que autoriza a sua continuidade com todas as implicações de violação dos direitos da criança, dos direitos do Homem. O enfermeiro, especialista ou não, deverá intervir com a finalidade de alocar e mobilizar os recursos disponíveis com o intuito de acolher, proteger e defender a criança, garantindo o respeito

pela sua dignidade. O enfermeiro deve proteger a criança das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, assegurando cuidados de qualidade.

Enquanto enfermeira especialista reconheço a importância dos fundamentos éticos na prática de cuidados pediátricos e esta experiência permitiu-me refletir sobre as minhas ações que contribuem para a beneficência da criança e família. Nesta situação, foi fulcral existência de conhecimentos prévios relacionados com a ética e ter a consciência da importância da tomada de decisão, com base em valores éticos, num mundo atual, supostamente de evolução e progresso, mas que nem sempre atribui o devido valor à identidade da pessoa e ao respeito pela dignidade da vida humana.

2.7. Participação na reunião da equipa local do Sistema Nacional de Intervenção Precoce

Nas últimas décadas, o desenvolvimento social e económico e o melhoramento das condições de vida da população, como a existência de água potável, saneamento básico e a nutrição, têm sido fatores importantes na obtenção de um maior número de resultados positivos na área da saúde infantil. Os cuidados de saúde primários, além de assumirem um compromisso de combate às causas sociais, económicas e políticas da morbilidade infantil, têm vindo a estabelecer estratégias de intervenção, cujo intuito é produzir uma resposta eficaz e equitativa das necessidades básicas de saúde, existindo cada vez mais a preocupação com o acesso universal à saúde.

Segundo a DGS estas equipas têm a missão de garantir a intervenção precoce na infância, desenvolvendo um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, com objetivos preventivos e de reabilitação, na saúde, educação e ação social. A mesma entidade afirma que a intervenção precoce em crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, permite a concretização do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e adultos, em que se irão tornar. Além do mais, salienta que quanto mais precoce forem acionadas as intervenções e as políticas que influenciam o desenvolvimento das capacidades humanas, maior será a capacidade de se tornarem pessoas participativas na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem (DGS, 2011).

No meu entender, é fundamental existir um permanente investimento na prevenção, proteção e melhoria da saúde física, psicológica e emocional da criança e família, na comunidade. A integração da dimensão de saúde implica envolver novos parceiros nos cuidados e criar equipas, que se descentrem das doenças que afetam a criança. Enquanto especialista acredito que é imprescindível a existência de uma revolução cultural entre os profissionais de saúde, para que olhem para a criança como os adultos do amanhã. Dentro deste âmbito tive a oportunidade de acompanhar o meu orientador de estágio, numa das reuniões quinzenais, da equipa local pertencente ao SNIPI. O que tive oportunidade de verificar é que esta equipa reúne elementos que garantem a continuidade de cuidados e uma coordenação de serviços técnicos, que proporcionam a cada criança, todas as oportunidades de desenvolvimento ao nível físico, mental e emocional.

Para atingir esta meta a equipa local traça um plano individual para cada criança e família, de acordo com as suas necessidades, que orienta as famílias no sentido da não existência de hiatos entre a prevenção, a deteção e uma avaliação adequada de cada caso, acionando os mecanismos necessários. Em comum, os intervenientes têm em conta não só problemas de cada criança, mas também o potencial de desenvolvimento de cada criança.

No decorrer da reunião tive a oportunidade de constatar que uma das dificuldades da equipa é conciliar os diferentes pareceres dos vários elementos da equipa, pois as instituições que colaboram nesta intervenção fazem parte de diferentes ministérios (Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde), os quais são regidos por normas regulamentares próprias, que por geram a dificuldades na coordenação de tarefas. Além disso, temos ainda a “instituição” família que é sempre considerada nas decisões que são tomadas.

A equipa estava representada pelos vários profissionais de saúde, dos diferentes ministérios, como enfermeiros, psicóloga, assistentes sociais e ajudantes familiares, professores e educadores. A presença destes profissionais permite a integração e articulação dos vários setores de intervenção, tão precocemente quanto possível, no que diz respeito às determinantes essenciais relativas à família, aos serviços de saúde, às creches, aos jardins-de-infância e às escolas.

Esta reunião teve início com uma sessão de formação, ministrada pela psicóloga clínica da equipa, com temática “assertividade e trabalho em equipa”. Em primeiro lugar, a psicóloga apresentou um questionário intitulado de “Serei assertivo? Com os colegas, com as famílias, com os amigos...”, em que as respostas eram dadas segundo uma escala numérica de 1 a 5, em que o número 5 representava “nunca é problema” e o número 1 “É sempre um problema”. Esta aplicação numérica era feita em várias áreas da comunicação assertiva, em que se focava, por exemplo, em dar elogios, fazer pedidos, iniciar e manter uma conversa, expressão de opiniões e a expressão de emoções positivas. Após todos terem respondido ao questionário a psicóloga apresentou dois role play, que constituíam oportunidades de treino da assertividade nos contextos de saúde e doença.

Resumidamente, a ideia a transmitir à equipa era como cada um de nós deve expressar de forma simples e direta os seus interesses e direitos, bem como expressar o seu contentamento ou discontentamento através da expressão de emoções negativas ou positivas. Uma das estratégias apresentadas foi como dar resposta ao que nos é pedido, seja a nossa intenção dizer sim ou não, e sobretudo na reflexão de como iniciamos a nossa comunicação deixa transparecer ao outro a verdadeira opinião que temos relativamente a um aspeto ou situação. Uma pessoa assertiva consegue exprimir os seus sentimentos e sabe dizer não ou mostrar a sua posição face a uma realidade específica. Como exemplo, em grupos de três treinamos o dizer “não” que equivale a um “sim, mas...” e treinamos também o “sim, e...”, que efetivamente transparece a nossa posição positiva, sem deixar margem para dúvidas. Esta atividade foi muito interessante e de fato o treino da assertividade levou-me a relembrar as situações já vividas, pelas quais me foi difícil concretizar uma posição firme. Tantas e tantas vezes na nossa prática profissional é necessário, mais do que dizer sim ou não, é delimitar e deixar claro aos cuidadores que tomamos uma posição clara face às decisões que tomamos, decisões refletidas, com base num julgamento clínico associado a um raciocínio que é construído com base nos nossos valores, crenças e conhecimentos científicos, e por isso, como pessoas e como profissionais de saúde. Gostaria de realçar este momento formativo, que se inclui nestas reuniões da equipa local do SNIP, que são criados em função das limitações e das dificuldades que os vários profissionais envolvidos, vão demonstrando ao longo das reuniões. Deste modo, são trabalhadas as dificuldades conjuntas da equipa, pelo que o crescimento da união e partilha entre elementos é bem visível.

3. JORNAIS DE APRENDIZAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A passagem pelo serviço de urgência pediátrica foi uma experiência, de certa forma, complementar à minha vivência da prática diária, em oncologia pediátrica, uma vez que o serviço onde presto cuidados integra a urgência pediátrica no ambulatório, o hospital de dia de pediatria. Indiscutivelmente, que a diversidade de situações e o número de atendimentos diários é com certeza muito mais vasto, visto tratar-se de uma urgência central de um hospital central da região de Lisboa. Atendendo à minha experiência encarei este estágio como uma possibilidade de crescimento e, sobretudo, como uma oportunidade de repensar na intervenção do enfermeiro neste ambiente de cuidados, fazendo a sua relação com a importância de toda a emocionalidade envolvente.

Pensar em urgência lembra-me Florence Nightingale, que deu início a uma enfermagem de urgência, onde o cuidar emergiu num contexto de guerra. Mas pensando teoricamente, a enfermagem de urgência inscreve-se na prestação de cuidados a pessoas, com o objetivo de se prevenir uma situação de urgência, que esteja a emergir ou quando é identificado um problema considerado uma emergência. Mas Macphail (2001) acrescenta algo mais a este conceito defendendo que a enfermagem de urgência se enquadra na prestação de cuidados a pessoas de qualquer idade, com alterações do seu estado de saúde, ao nível físico ou psicológico, sendo reais ou não, não diagnosticados ou que necessitem de outras intervenções dos profissionais. Além disso, o mesmo autor refere que a finalidade deste conceito de enfermagem visa a melhoria dos serviços às populações em geral, em que os enfermeiros investem na investigação e no ensino, com intuito de alcançar mais competências profissionais nesta área de atuação. Alguns autores tocam num ponto que considero essencial, em que os cuidados de enfermagem são prestados em episódios, primários e agudos, que reúnem um conjunto único de capacidades por parte do enfermeiro, com as capacidades avaliativas, interventivas e de tratamento, de carácter geral ou especializado. Neste sentido, a filosofia deste contexto encontra-se nas minhas motivações pessoais, ao constituir mais um palco de riqueza experiencial, que me permitirá evoluir neste processo de desenvolvimento.

Dadas as características da ambiente de urgência, levanto algumas questões, como *“Qual a relação do enfermeiro com a criança e família? Como podemos contribuir para gerir a emoções neste ambiente? Qual o lugar do brincar terapêutico?”*.

Em primeiro lugar, refletindo nas respostas encontradas durante esta experiência, posso salientar que o facto de o enfermeiro ser detentor de um grande número de conhecimentos, e muito abrangentes, transmite à criança e família tranquilidade e confiança, numa relação estabelecida num curto espaço de tempo, facilitando a gestão das emoções. Macphail (2001) considera igualmente a importância desta gestão ao defender que o enfermeiro deve ter em conta todas as reações da criança e família na sua globalidade, não se descentalizando dos aspetos emocionais e sentimentais.

E ainda que muitas o enfermeiro tenha de assumir com rapidez determinadas decisões, eficazes para a situação, é importante não desvalorizar o papel dos pais, até porque são os principais detentores do conhecimento na íntegra da criança, que em situações de urgência podem transmitir informações essenciais nas intervenções terapêuticas. Hesbeen (2000) defende que numa situação de urgência a pessoa não é dissociável da situação em si, em que o interesse pela doença não poderá suplantir o interesse pela pessoa. E acrescenta que atender a estes aspetos é fundamental para a qualidade dos cuidados. O interesse pela pessoa remete-me para os interesses superiores da criança onde se inscreve o brincar, ainda que num serviço de urgência pediátrico.

A integração do brincar em contexto de urgência foi realizada, sobretudo, pelo investimento nas técnicas de comunicação e de distração com a criança e a família. Desta forma, consegui dar resposta às necessidades da criança, promover o seu desenvolvimento e garantir os seus direitos. Numa perspetiva geral, no serviço de urgência o que pude vivenciar é que, paralelamente ao ambiente, o cuidar assume uma dimensão tremenda nos afetos, no carinho, na ternura e no amor em que estão bem presentes em simples interações. Em que o acolher, o dar colinho, o dar a mão ou uma massagem movem montanhas na resposta terapêutica da criança. E estas múltiplas ações, que podemos promover espontaneamente, serão geradoras de confiança, segurança, tranquilidade e bem-estar da família na sua globalidade.

4. JORNAIS DE APRENDIZAGEM DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

O estágio numa unidade de cuidados intensivos pediátricos constituía para mim um desafio, dadas as características muito específicas deste serviço. Esperava confrontar-me com situações de doença muito específicas, onde a necessidade de cuidados altamente diferenciados era evidente. Na maioria das situações as famílias vivenciavam uma rotura na sua estrutura e no seu funcionamento, e facilmente verbalizavam sentir a perda de controlo da situação, em que o sentimento de impotência prevalecia. O sentimento de que a luta constante pela vida era comum, e a partilha de angústias, dúvidas e emoções de cada momento, fazia parte do dia-a-dia da unidade onde estagiei.

O que pude vivenciar é que a possibilidade de morte eminente da criança induz na família a necessidade de se reorganizar para elaborar estratégias de confronto face a todo o sofrimento inerente. O enfermeiro precisa estar atento para cuidar da criança e da família como um todo. Assim sendo, os cuidados que prestei nesta unidade não estiveram longe de considerar as necessidades específicas da criança, não havendo um distanciamento da filosofia dos cuidados não traumáticos.

De certo modo, o que me angustiava era a incapacidade temporária de comunicação da criança com o exterior, devido à sedação induzida, que estava inerente ao próprio tratamento da criança e ao seu estado clínico, com necessidade de suporte ventilatório. No entanto, a minha intervenção foi de encontro ao fomentado pela equipa de enfermagem, que passava pela promoção das capacidades parentais e da vinculação. Neste ambiente, facilmente também compreendi a cessação do investimento no desenvolvimento da criança, em detrimento da manutenção e investimento nas suas potencialidades físicas e fisiológicas, na luta pela vida e ausência da perda de funções com repercussões futuras. Contudo, com o objetivo de contribuir para a harmonia do ambiente ou para que os pais pudessem sentir-se integrados nos cuidados, pareceu-me coerente introduzir algumas atividades associadas ao brincar, como por exemplo, a leitura de um livro infantil.

No caso das crianças politraumatizadas percecionei, da parte da família, um sentimento de culpabilização pela situação crítica da criança. Nesta situação é bastante difícil gerir todos os sentimentos e emoções, que se vão completando com a evolução do estado de

saúde da criança. Na maioria dos casos presenciei situações de acidentes domésticos de grande gravidade, em que a equipa ajudava a família no processo de aceitação, pois a sua parceria na recuperação da criança era fundamental. Aliás, segundo o defendido por Casey (1988), os pais constituem os parceiros ideais a integrar a equipa multidisciplinar. A mesma autora salienta que a criança é um ser vulnerável, dependente dos pais ou outros familiares. E é na família que se vivem os momentos extremos da vida: o nascimento e a morte, em que os elementos do grupo experimentam as emoções e os afetos extremos. E enquanto estudante, tive o privilégio de permanecer junto dos pais, partilhando os seus momentos de dor. Na azáfama de uma unidade de cuidados intensivos percebi que a disponibilidade para estar com o outro pode assumir-se como uma das estratégias mais valiosas da prestação de cuidados em enfermagem.

A criança a maioria das vezes tinha a família junto de si. E, muitas das vezes, tive oportunidade de observar a forma como cada pai ou mãe olhava para o seu filho. Com todos aqueles “tubos” e máquinas ao seu lado, em que o corpo estava parado, mas ia comunicando com o exterior através dos sinais naqueles monitores. O corpo representava visualmente a doença e a sua gravidade.

Na unidade face ao ambiente altamente tecnológico verifiquei que a criança e a família estão particularmente expostos a inúmeros fatores de stresse, como a exposição a um ambiente estranho, assustador e a ameaçador, em que os pais nem sempre podem estar presentes, em que existe a exposição a um número quase ilimitado de pessoas (por ser um serviço que dá apoio académico a estudantes de enfermagem e de medicina). Além disso, existe uma necessidade quase que constante de procedimentos invasivos e dolorosos, apesar das medidas farmacológicas de analgesia e de sedação. A incerteza do que acontece a cada instante era bem evidente para todos, para a família e para a equipa de saúde, em que a perda da sensação de controlo da situação tomava conta dos pensamentos de todos. É fácil concordar que se instala num só ambiente todas as condições de sofrimento emocional, em que as perdas são muitas e a integridade é questionada a todos os níveis.

Perante as características e as fragilidades deste ambiente de cuidados, a minha postura foi orientada para a compreensão de como o brincar poderia estar integrado nas práticas de enfermagem, com a finalidade de ser um instrumento de suporte na gestão do estado emocional da criança e sua família, que vivem esta experiência de intenso sofrimento. O brincar enquanto atividade de desenvolvimento humano é reconhecido pelo seu valor

terapêutico na redução do medo, ansiedade, solidão, angústia de separação e é uma atividade atenuante dos stressores da hospitalização (Barros, 2003). A autora também defende que o brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças, que aumenta o sofrimento das experiências de doença. Num estudo de abordagem qualitativa Diogo (2006) concluiu que a atividade de brincar é um instrumento terapêutico primordial em enfermagem pediátrica, na medida em que favorece o bem-estar das crianças e, por isso, sugere ser um contributo importante para os resultados terapêuticos, ou seja, usado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização.

Em suma, mesmo numa unidade de cuidados intensivos, a distração da criança é uma intervenção efetivamente importante para gerir as suas emoções e lidar com os procedimentos dolorosos. Os pais podem assumir este papel até porque estamos a contribuir para que os principais cuidadores sintam que são uteis e têm uma intervenção ativa, no acompanhamento e tratamento do seu filho. Além disso, esta participação pode contribuir para diminuir nos pais a sensação de impotência e de ausência de participação em todo este processo. Isto porque o estado crítico da criança, de algum modo, faz com que os pais sintam que não reúnem capacidades para ajudar os seus filhos nesta situação, que em grande parte coloca a hipótese da perda da criança, com o confronto de morte eminente, pela gravidade do diagnóstico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). *Novas tendências nos paradigmas de investigação em educação. Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Canário, R. & Rummert, S. (2009). *Mundos do trabalho e aprendizagem*. Lisboa: Educa.
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. (44). 84-86.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Formasau: Coimbra
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com emoções em enfermagem pediátrica - Um Processo de Metamorfose de Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral da Saúde. (2002). *Saúde Infantil e Juvenil - Programa-tipo de atuação. Orientações Técnicas 12*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Ação de saúde para crianças e jovens em risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Macphail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheehy, S. *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Camarate: Lusociência
- NASCIMENTO, Patrícia (2009) – **Manual de avaliação familiar**. Manual realizado no âmbito da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, no decorrer do ensino clínico no Centro de Saúde de Sete Rios.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Silva, A. (2003). *Formação, Percursos e Identidades*. Coimbra: Quarteto.

Teófilo *et al.* (2010). II – Diagnóstico de Situação. In Freitas, A. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. *Revista percursos*. (15), 10-17.

O JOGO DA RODA NO JARDIM DE INFÂNCIA



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, Outubro 2012

PLANO DA ATIVIDADE NO JARDIM DE INFÂNCIA

As crianças em idade pré-escolar fazem a construção do mundo que as rodeia através dos vários tipos de brincadeiras e atividades de aprendizagem, desenvolvidas no seio familiar, no ambiente educativo e nos mais diversos contextos da comunidade onde vivem. A profundidade da compreensão de cada criança face à realidade do mundo está em permanente mudança, expandindo-se como resultado das suas interações diárias. Deste modo, considerei pertinente obter a perspetiva de um grupo de crianças relativamente ao hospital, planeando esta atividade.

Este plano representa um guia orientador da atividade a implementar no jardim-de-infância, mais especificamente, na sala azul de uma instituição particular de solidariedade social. A atividade decorreu no dia 10 de Outubro do ano de 2012, envolvendo as vinte e três crianças, em idade pré-escolar, inscritos na respetiva sala educativa. Ao considerar as regras instituídas pela instituição a atividade foi implementada após as nove e meia da manhã, hora limite estipulada para a entrada das crianças na sala, o que garantiu também um maior número de crianças presentes.

A atividade intitula-se por o **“O JOGO DA RODA - UM DIA NO HOSPITAL”**, e considera várias áreas educativas indissociáveis ao desenvolvimento infantil, tais como, a expressão e comunicação; a linguagem, a psicomotricidade e o domínio da expressão plástica. O objetivo geral desta atividade foi obter a representação que as crianças têm, ainda que num processo de construção, da entidade o *“hospital”*. Mais precisamente, identifiquei se existe uma relação direta entre esta representação e a coexistência de experiências anteriores no hospital, emocionalmente intensas para a criança (por exemplo, um historial clínico de hospitalização em que a criança foi submetida a procedimentos dolorosos). Relativamente à implementação desta atividade, realço a extrema riqueza desta vivência e contacto direto com crianças saudáveis, com enormes para o desenvolvimento das crianças que participaram no jogo nas diversas áreas, como: a expressão de opiniões; a partilha de sentimentos e afetos; a aquisição de novos conhecimentos introduzidos pela educadora; o incentivo à imaginação e criatividade de cada criança; e a utilização prática de lápis de cor e canetas de filtro (treino da destreza na manipulação de materiais através do desenho).

Esta atividade tem por base as orientações descritas na tabela seguinte, no entanto, será condicionada pela espontaneidade habitual dos vinte e três participantes em idade pré-escolar!

“O JOGO DA RODA - UM DIA NO HOSPITAL”

Duração da atividade: 30 minutos.

Intervenientes na atividade: uma educadora, vinte e três crianças em idade pré-escolar e uma enfermeira.

- 1. Ao som da pandeireta (estratégia da educadora), reunião de todas as crianças no espaço mais amplo da sala, a região central, formando-se uma roda.**
- 2. Utilização de uma linguagem adequada à idade pré-escolar, explicando-se a todas as crianças o decurso da atividade e como podem participar (o elevado número de crianças, impõe que cada uma delas partilhe a sua opinião, ordenadamente, uma de cada vez).**
- 4. Apresentação de uma afirmação orientadora relacionada com o hospital, partindo-se de um dado concreto e objetivo “A Ana é enfermeira e trabalha no hospital”.**
- 5. Colocação de questões que orientem a atividade e minimizem a dispersão da temática: “O que é ser enfermeira? O que se faz no hospital? Quem vai para o hospital?”.**
- 6. Expressão de sentimentos e emoções, investindo numa escuta ativa, estimulando-se as crianças menos participativas no jogo (ter em conta a unicidade de cada criança relativamente às suas vivências em processos de saúde e doença).**
- 6. Resumo feito pela educadora, com a colaboração da enfermeira, sobre o tema abordado (contribuir para a estruturação e aquisição de novos conhecimentos sobre o hospital).**
- 7. Fornecimento de material didático (papel, lápis e canetas) para que cada criança elabore um desenho sobre o hospital.**

AÇÃO DE FORMAÇÃO

A gestão de emoções nos processos de saúde e doença:

O brincar terapêutico como estratégia no cuidar da criança e da família



**Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013**

INDÍCE

1.JUSTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	3
2.IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	4
3.APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	7
4.AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	12
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
APÊNCICE I - Questionário de avaliação da ação de formação “A gestão de emoções nos processos de saúde e doença: o brincar terapêutico como estratégia no cuidar da criança e da família”	16

1.JUSTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Este momento formativo incidiu num processo que envolveu o seu planeamento, para posterior implementação e avaliação. Este momento constituiu fundamentalmente uma oportunidade de partilha e de reflexão entre todos os intervenientes, formadores e formandos. Assim, não havendo uma sustentação rígida, mas sim sólida e flexível na sua implementação, foi nossa pretensão sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão de emoções no cuidar em enfermagem, durante os processos de saúde-doença, apresentando-se como um dos instrumentos de enfermagem, o uso do brincar terapêutico na gestão da emocionalidade.

As necessidades de formação dos destinatários nesta área de interesse teve influência na planificação desta ação e, sem dúvida, que teve influência na condução e no seguimento da mesma. É primordial salientar que foi o contato direto com a equipa de enfermagem, da unidade de saúde familiar, que nos levou a criar este momento de aprendizagem conjunta. A equipa manifestou dificuldades e limitações na gestão das suas próprias emoções, pelo que se tornou num desafio abordar uma temática alusiva às estratégias que podem ser utilizadas na gestão da emocionalidade no cuidar em enfermagem.

Com a implementação desta atividade, enquanto futuros enfermeiros especialistas estaremos a investir no desenvolvimento de competências ao nível da comunicação e na gestão das emoções que lhe está inerente, pois *“o enfermeiro deve desenvolver estratégias eficazes para comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e cultura”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

2.IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA DA FORMAÇÃO	O tema é “A gestão de emoções nos processos de saúde e doença: o brincar terapêutico como estratégia no cuidar da criança e da família”.
DATA E LOCAL	A ação decorrerá no dia 6 de Novembro de 2012, numa unidade de saúde familiar.
DURAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	Uma hora (das 11 às 12 horas). 30' minutos de exposição e 30 de reflexão conjunta
DESTINATÁRIOS	Os formandos serão os seis elementos da equipa de enfermagem da unidade de saúde familiar.
PRELETORES	Ana Moreira e Walter Santos (estudantes do Mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria da ESEL)
OBJECTIVO GERAL	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão de emoções durante os processos de saúde doença, salientando como estratégia o uso do brincar terapêutico na consulta de saúde infantil e na vacinação
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	Refletir sobre as principais estratégias utilizadas na gestão de emoções no cuidar da criança e da família durante os processos de saúde doença. Focar os principais contributos do brincar para o desenvolvimento infantil. Dar a conhecer técnicas de distração e de comunicação, sobretudo nas idades pré-escolar e escolar (faixa etária mais predominante).

	Reconhecer com a equipa, quais as estratégias já utilizadas, encontrando-se formas de melhorar as práticas de enfermagem. Apresentar exemplos de jogos/brincadeiras direcionadas para a idade pré-escolar e escolar.
ASSUNTOS A ABORDAR	Definição de emoções. As emoções no cuidar em enfermagem. Ambientes promotores da gestão de emoções. Cuidar para o desenvolvimento, abordando o brincar terapêutico Técnicas de comunicação e de distração, de acordo com a etapa de desenvolvimento.
MÉTODOS PEDAGÓGICOS	Método expositivo e interativo (espaço para a partilha de experiências e de sentimentos, esclarecimento de dúvidas, aceitação de sugestões)
RECURSOS PEDAGÓGICOS	Slide Show- Microsoft Office PowerPoint 2007;
CONCLUSÃO	Síntese dos conteúdos abordados.

	Discussão e partilha de sentimentos e emoções (relação com as dificuldades da prática diária).
AVALIAÇÃO	Intervenção e observação direta dos enfermeiros. Aplicação de um questionário (Apêndice I).

3. APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



PERANTE AS DIFICULDADES...

NASCE O DESAFIO!!!!

O BRINCAR TERAPÊUTICO...

É uma modalidade livre ou dirigida que facilita e ajuda a criança a lidar com suas preocupações e medos, ao mesmo tempo que, ajuda a enfermeira a obter informações sobre as suas reais necessidades e sentimentos (Hockenberry e Wilson, 2011).



Uma das ações/interações realizada com intencionalidade no cuidar para a gestão de emoções intensas de forma positiva é a "sintonia com o mundo infantil".

(Diogo, 2012)

O brincar é fundamental na gestão das emoções da criança ao promover o relaxamento, a expressão emocional e a distração. O brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças e tem o potencial de diminuir o sofrimento.

(Barros, 2003)

GERIR EMOÇÕES...

SINTONIA COM O MUNDO INFANTIL



BRINCAR TRANSFORMA O AMBIENTE DO
CUIDAR PERMITINDO A VIVÊNCIA DE EMOÇÕES
POSITIVAS

Alegria

Confiança

Segurança

Afeto

Aceitação

Bem estar

Felicidade

Acolhedor

Tranquilidade

Espaço lúdico.

COMO?

AMBIENTE FÍSICO INFANTIL

- ✿ Pinturas nas paredes
- ✿ Brinquedos na vacinação e saúde infantil
- ✿ Exposição de desenhos
- ✿ Sala de espera com "brincadeiras"
- ✿ Uso de fardas com bonecos e/ou coloridas

AMBIENTE DE AFETOS

- ✿ Sorriso
- ✿ Voz embalada, suave e adaptada à idade
- ✿ Falar amimado (linguagem dos "inhos")
- ✿ Carinho (festas, beijinhos, abraços...)
- ✿ Colo



ALGUMAS ESTRATÉGIAS GERAIS



- Brincar durante os cuidados, com recurso a brinquedos adequados a cada idade.
- Músicas adaptadas à idade e etapa de desenvolvimento.
- Mobilizar personagens familiares à criança (de histórias, de filmes de desenhos animados).

EXEMPLOS DE JOGOS E BRINCADEIRAS

• Técnicas de comunicação criativas

- Técnica da terceira pessoa
- Jogo de associação de palavras
- Completar frases
- Jogo dos sonhos
- Jogo dos três desejos...
- **Respirar fundo** (Apagar as velas de um bolo; vamos fazer bolinhas de sabão; fazer de lobo mau...)

EXEMPLO PRÁTICO... UM INVESTIMENTO

Linguagem não ameaçadora

- Picar - colocar um remédio debaixo da pele
- Monitor - televisão
- Maca - cama com rodinhas
- Suporte de soros - "Boby"
- Dor - "dodói"
- Órgão - Lugar especial do corpo





POR FIM...

"É bom crescer com os pés na Terra...e com a cabeça na
Lua... com projetos e com sonhos... sensíveis e sensatos...
MAS CRIANÇAS... PARA SEMPRE!!! (Eduardo Sá, 2000)

Obrigado a todos!!!

4.AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Uma vez concluída a apresentação, foi evidente para nós formadores, que a sessão tinha constituído uma mais-valia para o grupo profissional destinado, sobretudo por representar um tema difícil de abordar. Durante este momento de partilha os enfermeiros foram interrompendo sempre que necessário, tendo sido estimulados e motivados para o fazerem. A comunicação verbal e não-verbal que demonstraram através de uma participação ativa, com sorrisos de satisfação e uma postura de interesse e curiosidade, fez-nos crer que o tema era perfeitamente pertinente e, principalmente, pouco abordado. Os enfermeiros mostraram disponibilidade e entusiasmo pelo tema da ação, manifesta e visivelmente aquando a apresentação das técnicas de distração específicas para as etapas de desenvolvimento da criança. Muitos deles afirmaram que se reviam em algumas dessas intervenções, embora raramente procedessem à sua interpretação e reflexão, com base na evidência científica.

Como instrumento de avaliação desta ação de formação, foi realizada a aplicação de um questionário de satisfação à equipa de enfermagem, que presenciou este momento formativo e de reflexão (Apêndice I). O questionário incide em cinco questões, em que a última, os enfermeiros podem apresentar as sugestões e realizar os seus comentários. Todas as perguntas apresentam um conteúdo claro e objetivo, que induz a uma resposta rápida, através da escolha de um dos itens numa escala de classificação situada entre “inúteis e muito uteis”. No final da sessão, os participantes acederam ao documento de avaliação, tendo sido realçado que a participação era inteiramente voluntária e o anonimato era garantido durante a apreciação e análise das respostas ao questionário.

A análise das questões 1 e 4 do questionário permite-nos concluir que os cinco intervenientes consideraram que os assuntos e os conteúdos abordados na sessão foram “*muito uteis*” para o seu desenvolvimento enquanto enfermeiros, pelo que estenderiam a formação a outros profissionais de saúde e a outras unidades de saúde familiares. Na resposta às perguntas 2 e 3, a equipa considerou que esta ação de formação foi um momento que contribuiu para o aumento dos seus conhecimentos nesta área. Além disso, ficaram sensibilizados para a importância da gestão das emoções durante os processos de saúde doença, utilizando como estratégia o brincar terapêutico. A questão 5 incidia na obtenção dos comentários e nas sugestões sobre a ação propriamente dita ou sobre a

temática abordada. Dois dos participantes não expressaram a opinião escrita, contudo, os restantes três salientaram o seguinte:

- a) *“Sensibilizou-me para uma prática/prestação de cuidados de saúde mais personalizados e interativos com as crianças e suas famílias”;*
- b) *“Muitas das estratégias apresentadas na ação são por nós desenvolvidas no dia-a-dia... A acessibilidade, a empatia são requisitos essenciais para qualquer enfermeiro desempenhar as suas funções”;*
- c) *“Formação muito interessante e pertinente, deveria ser apresentada a mais profissionais do restante agrupamento de centros de saúde”.*

Esta atividade permitiu-nos investir no desenvolvimento de competências enquanto enfermeiros especialistas, pois assumimos um papel de facilitadores no domínio das aprendizagens, o que se enquadra nas competências comuns do enfermeiro especialista, o qual assenta a sua praxis clínica especializada em padrões sólidos e válidos de conhecimento (Ordem dos enfermeiros, 2010a).

Com igual importância, é essencial mencionar que esta ação de formação terá um impacto positivo no desempenho destes profissionais, com a respetiva influência na qualidade dos cuidados prestados à criança e família, na consulta de saúde infantil e na vacinação. Nesta perspetiva, a abordagem deste tema salientou a nossa atuação como especialistas, pois o enfermeiro especialista age como uma agente dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos no contexto do cuidar com vista aos ganhos em saúde dos cidadãos (Ordem dos enfermeiros, 2010b).

Apesar de não ser possível avaliar o desempenho dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem, após a concretização desta ação de formação, consideramos ter atingido na sua plenitude os objetivos inicialmente delineados, tendo existido uma convergência entre as nossas necessidades enquanto formadores e as expectativas iniciais dos formandos. Todavia, como dificuldade ou barreira limitativa da ação, apontamos o fator tempo, que de algum modo condicionou a dimensão da partilha de experiências. Por exemplo, na prática um dos participantes comentou que *“este tema deveria ser discutido mais profundamente de forma a podermos partilhar experiências e diferentes formas de atuação e refletirmos em conjunto as nossas práticas”*. No entanto, esta união da equipa revelou-se uma agradável surpresa, pois se inicialmente afirmavam que *“falar de emoções era difícil”*,

facilmente se integraram e nos deram a colaboração necessária para a criação de um ambiente de abertura e aceitação.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

APÊNCICE I - Questionário de avaliação da ação de formação “A gestão de emoções nos processos de saúde e doença: o brincar terapêutico como estratégia no cuidar da criança e da família”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A sua opinião sobre a ação de formação em que acaba de participar é extremamente importante, pois permite aferir em que medida as suas expectativas foram satisfeitas e de que forma podemos melhorar o nosso desempenho, em futuros momentos formativos. Então, gostaria de ter a sua colaboração na resposta às seguintes questões:

1. Em que medida considera que os conteúdos da ação foram úteis para o seu desenvolvimento como enfermeiro/a?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
			5

2. Em que medida o desempenho do formador contribuiu para a melhor compreensão e aprendizagem dos conteúdos apresentados?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
		1	4

3. Considera que esta formação terá impacto ao nível do desempenho da equipa de enfermagem desta Unidade?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
		2	3

4. Recomendaria esta ação de formação a outros enfermeiros de outras Unidades?

Sim	Não
5	

5. Outros comentários ou sugestões.

Obrigado pela sua colaboração.

A DOENÇA ONCOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA

Um olhar sobre o cuidar na comunidade



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

INDÍCE

0. INTRODUÇÃO	3
1. A DOENÇA ONCOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA: UM OLHAR SOBRE O CUIDAR NA COMUNIDADE	5
2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

0. INTRODUÇÃO

“De onde viemos? O que somos? Para onde vamos?” é o nome de uma das telas mais populares do pintor francês Paul Gauguin, que traduz uma visão da evolução da vida humana, que espelha uma criança num canto, um adulto ao meio em contato com o conhecimento, e num outro extremo uma velha anciã. Esta famosa pintura, já em tempos, retratava com exatidão o estado de espírito e as inquietações dos adolescentes durante a sua travessia tempestuosa na juventude (Braconnier, 2002).

A adolescência, repleta de momentos de maturação, constitui-se um período de várias transições, em que o constrói a sua identidade, as suas referências, traçam caminhos profissionais e esboçam o seu projeto de vida (Ferreira e Nelas, 2006). Assim sendo, aceita-se que seja o período enriquecido com novas necessidades, explosões de desejos, experiências avassaladoras, mas na maioria das vezes acompanhada de dúvidas, de indecisões e de riscos inerentes a esse fluxo de vivências (Braconnier, 2002). Esta etapa de desenvolvimento apresenta características próprias, em que ocorrem inúmeras alterações de ordem biológica, cognitiva, psicológica, social e, também, emocional.

O caminho da adolescência revela-se assim sinuoso, onde o diagnóstico de uma doença grave, como o cancro, não se enquadra na visão alcançada pelo adolescente. O confronto com esta doença crónica, com marcas indiscutíveis nas vivências do adolescente, torna vulnerável todo o decurso de construção da sua identidade, enquanto pessoa humana. Além disso, mesmo na atualidade, a doença oncológica ainda suporta uma representação social associada à morte, aliada a um sofrimento emocional intenso, com perdas inerentes a objetivos de uma vida futura. Deste modo, em todo o decurso da doença, seja na prestação de cuidados diretos na comunidade ou em centros hospitalares, é merecido reconhecer a intervenção dos enfermeiros, como detentores de conhecimentos que permitam a satisfação das necessidades e particularidades de desenvolvimento dos adolescentes, enquanto pessoa na sua unicidade (Barros, 2008).

A vivência de uma experiência na comunidade com um adolescente permitiu-me fazer uma revisão bibliográfica sobre o cancro na adolescência. Este documento surge com base na minha necessidade em partilhar esta experiência na comunidade intitulada “A doença oncológica na adolescência: Um olhar para o cuidar na comunidade”.

Esta atividade foi fundamental no meu desenvolvimento, enquanto enfermeira especialista, porque permitiu-me alargar e complementar os horizontes experienciais, visto apresentar uma visão mais aprofundada do cuidar do adolescente e família com doença oncológica, num contexto hospitalar. Desta forma, esta temática constituiu indiscutivelmente uma área de interesse pessoal, indo ao encontro das minhas necessidades profissionais, em exercício de funções, num serviço de oncologia pediátrica de oncologia, em qua o confronto com adolescentes e famílias que vivenciam esta problemática é cada vez mais frequente e exigente numa intervenção que garanta a qualidade dos cuidados prestados.

1. A DOENÇA ONCOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA: UM OLHAR SOBRE O CUDAR NA COMUNIDADE

Durante o cuidar da criança e família com doença oncológica, com a implementação do enfermeiro de referência no serviço de pediatria oncológica, já tinha conhecimento da existência da equipa de cuidados continuados. A concretização da possibilidade de conhecer e estar presente numa das visitas desta equipa surgiu através de um conversa informal com o enfermeiro orientador sobre a articulação que acontece entre a da unidade de saúde familiar e os serviços de saúde de apoio e integrados na comunidade. A minha disponibilidade foi imediata e a pertinência desta atividade não planeada foi enaltecida, quando tive oportunidade de saber que iria visitar duas crianças, com doença oncológica.

Em relação à situação de saúde/doença, estes dois adolescentes, encontram-se numa situação de cronicidade há mais de dez anos, ambos com um diagnóstico inicial de tumor cerebral em idade pré-escolar. Atualmente, estão inseridos na comunidade, com uma adaptação progressiva e constante em curso, que perante as suas limitações usufruem dos apoios sociais e da saúde, que incluem o apoio da equipa de cuidados continuados.

Estas duas famílias têm particularidades, no entanto, partilham algumas vivências comuns, em que me irei centrar para dar continuidade a esta reflexão. Ambas as crianças apresentam limitações físicas e cognitivas que induzem a uma total dependência de terceiros, com todas as implicações inerentes a esta dependência. Os dois adolescentes estão inseridos numa estrutura familiar, estruturada em função das suas necessidades, a todos os níveis.

Fez-me refletir sobre as características inerentes à própria adolescência é um período de transição em que os jovens constroem a sua identidade e escolhem o seu caminho profissional, projetando para a sua vida para o futuro. E nestas situações esta questão encontra-se limitada e não se perspectiva, o que emocionalmente é bastante intenso, o lidar com as incertezas que estes jovens enfrentam, com a inviabilidade de não poderem crescer e desenvolver-se com o objetivo de construir algo no amanhã. E até que ponto este dado tem influencia nas famílias, que não perspectivam para o seu filho uma vida na idade adulta. Em ambas as situações me questiono sobre o significado da palavra adolescência, que significa crescer, aumentar e amadurecer. E face a uma total

dependências, quanto a todas as necessidades básicas de vida, não permite este normal percurso de vida, envolvendo o confronto diário com frustrações e angústias incontornáveis.

O que senti em ambas as situações, perante o seu carácter de grande vulnerabilidade, é que estas crianças são amadas pelas suas famílias, são compreendidas e inseridas num ambiente relacional, em que se encontram forças para continuar a vida (dentro da normalidade, como todas as outras famílias), e é neste entrançado de interações que muitas vezes encontram o apoio necessário para viver a vida, em sintonia como uma sociedade, que se dificulta a si própria na criação de um ambiente de normalidade face a estas situações.

Esta equipa reúne esforços para garantir a qualidade de vida destas crianças e suas famílias (alívio do sofrimento), em que estabelecem uma relação de parceria e as decisões são compartilhadas, em plena articulação, por exemplo, com as escolas onde estão integradas. O enfermeiro que cuida em parceria respeita a família, reforça as suas potencialidades/capacidades e deteta as suas fragilidades no cuidar. Perante estas duas situações pude experienciar que de fato a família são os melhores prestadores de cuidados à criança, pelo que a equipa de saúde deve estar em alerta para sinais de alerta de exaustão dos elementos que constituem o sistema familiar.

Senti algumas dificuldades em lidar com as minhas próprias emoções, pois ambas as crianças representavam visivelmente o que eu no ipo não vejo, que passa para lá dos tratamentos, da cura, fica o depois, e o tempo num tempo que não para em que a criança vive anos e anos com as consequências da doença oncológica. Efetivamente parece-me, quando perco o contato posterior com as famílias, depois de terminarem todos os tratamentos, fica tudo bem e fica mais um caso de sucesso... mas depois as limitações, as necessidades mudam, as adaptações continuam e os apoios não podem deixar de existir... e as crianças e as famílias continuam com a necessidade de ter o apoio de cuidados de saúde. Julgo que estes casos envolvem uma situação emocional muito acentuada

Outro aspeto que de alguma forma me levou a refletir foi a questão da liberdade, pois se por um lado a adolescência incide na procura da liberdade pelo adolescente e pelo desejo que tem em alcançar a sua independência e de sua libertação das restrições impostas pelos pais, nestas situações ocorre exatamente o oposto. Todos os elementos da família

construíram a sua vida e todos os projetos futuros são construídos em torno da falta de liberdade que lhes é condição de imposição dependência permanente destes adolescentes que é incontornável a curto e a longo prazo.

Os apoios que a família recebe são extremamente importantes. Por exemplo, o grupo de amigos que são uma das bases essenciais na manutenção das relações sociais. Neste contexto, a escola constitui um meio primordial para o estabelecimento e aprofundamento dessas mesmas relações, bem como para o seu desenvolvimento pessoal de auto confiança e autoestima.

O confronto com esta situação leva-me a refletir também em algumas questões existenciais relacionadas com o próprio sentido e valorização da vida, com aceitação da nossa própria finitude. Apesar da instalação de um quadro de cronicidade, como em qualquer outra patologia grave, o diagnóstico de cancro suscita no adolescente e respetiva família, o confronto constante com a possibilidade de morte, em que este sentimento causa profundas alterações nas suas vidas, exigindo constantes readaptações por parte de todos.

Pessoalmente, considero fundamental seguir uma filosofia de cuidados que reconheça a importância dos pais no cuidar da criança doente, contribuindo para o fortalecimento do seu papel parental. Muitas vezes, os pais verbalizam, que quando participam nos cuidados, conseguem obter uma sensação de maior bem-estar emocional e de controlo da situação que estão a viver, o que tem claras repercussões no bem-estar físico e emocional da criança. A intervenção ativa dos pais nos cuidados permite-lhes aliviar e controlar os seus medos e ansiedades, pois nos cuidados são incorporados as suas preferências, crenças e valores. Além do mais, a participação dos pais na tomada de decisão proporciona-lhes uma sensação de satisfação e um pequeno grau de poder.

O enfermeiro deve promover a participação de todas as crianças na gestão e organização de sua própria saúde, incluindo a criança na tomada de decisões, tanto quanto possível, para que sinta algum controle e participação no processo terapêutico. O desenvolvimento de jogos, adequados ao desenvolvimento e idade da criança, permite-lhe, por exemplo, expressar seus medos e frustrações através da brincadeira. Neste sentido, os pais devem também ser estimulados a desenvolver com a criança atividades, que na ausência de doença seriam habituais e frequentes, de acordo com a sua condição. O enfermeiro terá um papel primordial nesta área, pois pela minha experiência muitas das vezes sentem-se

retraídos a ter esta autonomia, pelo receio de provocarem algum dano à criança. Mesmo que existam limitações, por imposição da gravidade da doença, a família não deixa de ser o meio natural para o crescimento e bem-estar da criança, pelo que deve receber a devida proteção e a assistência necessária. Desta forma, a criança consegue ter um desenvolvimento harmonioso da sua personalidade e crescer num ambiente de felicidade, de amor e compreensão.

A participação dos pais leva a que tenham necessidades de aprendizagem para lidar com a situação, e devem ser conhecedores que a equipa de enfermagem estará disponível para capacitá-los a atingir esse objetivo. Além disso, o enfermeiro deve estar atento aos sinais de exaustão, por parte dos principais cuidadores da criança, pois poderá ser necessário o enfermeiro articular com outros elementos da família, para que os principais cuidadores façam usufruto de um tempo só para si. É importante que os pais cuidem deles, para estarem emocionalmente equilibrados. Assim, podem transmitir à criança toda a tranquilidade, segurança e amor que ela necessita, perante todas as adversidades que a doença oncológica acarreta e todos os procedimentos invasivos, que são bem frequentes.

Todas as intervenções no cuidar da criança e da família devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, respeitando a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual. Logo, o enfermeiro tem o dever de estar atento a todas as situações que possam de alguma forma desrespeitar estes princípios. E para que os direitos da criança sejam uma realidade, tem de existir a necessidade de a proteger juridicamente antes e após o seu nascimento. Importa preparar a criança para uma vida em sociedade, baseando a sua educação num espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade e solidariedade.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, S. (2008). *O Contributo do Enfermeiro no Processo Adaptativo do Adolescente a uma Doença Oncológica*. Dissertação para a obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Braconnier, A. (2002). *Guia da Adolescência*. (Teresa Alves Correia, trad.). Lisboa: Prefácio. (Obra original publicada em 1999).

Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Revista Millenium*, n.º 32.

GUIA DE BOAS PRÁTICAS
“BRINCAR NO HOSPITAL –TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO
E DE DISTRAÇÃO”



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

INDÍCE

O.NOTA INTRODUTÓRIA DO GUIA	3
1.APRESENTAÇÃO DO CONTEÚDO DO GUIA “BRINCAR NO HOSPITAL – 5 TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO E DISTRAÇÃO”	
2. FOTOS DO GUIA	15
3.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

O.NOTA INTRODUTÓRIA DO GUIA

O nascimento de uma criança é, na sua generalidade, um momento de alegria e satisfação para toda a família, pelo na experiência de processos de doença a família passa indiscutivelmente por diversas transformações na sua estrutura, nas suas rotinas, na sua dinâmica. A presença ou o aparecimento da doença, muitas das vezes de forma inesperada e súbita, causa a transtornos vivenciados pelos vários elementos da família, para além de afetar o crescimento e desenvolvimento habitual da criança. Em situações de agudização da doença a família tem necessidade de tomar posse dos recursos de saúde oferecidos pela comunidade, em que o serviço de urgência pediátrica se enquadra neste sistema. Macphail (2001) refere-se à enfermagem de urgência como sendo uma área de prestação de cuidados a pessoas em qualquer faixa etária, as quais manifestam alterações de saúde físicas ou psicológicas, percecionadas ou reais, não diagnosticadas.

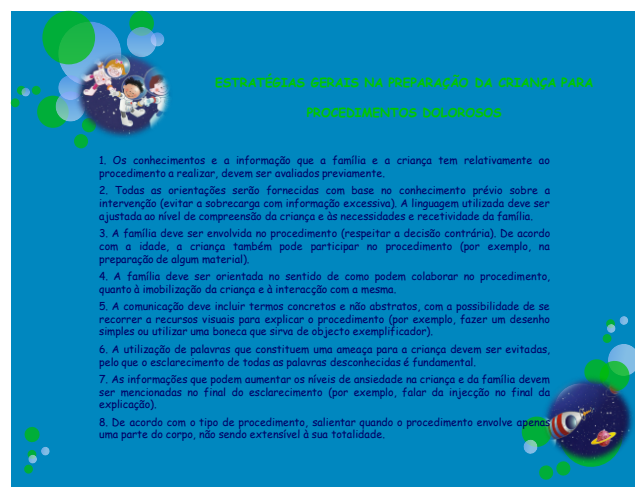
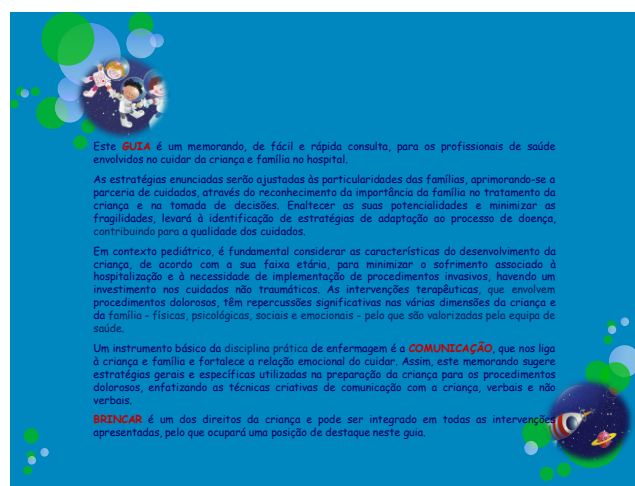
Quanto aos cuidados pediátricos em serviços de urgência, estes têm sido alvo de reestruturação ao longo dos tempos como a intencionalidade de responder às necessidades dos utentes e às exigências da sociedade, cada vez mais informada e reivindicativa. De tal modo que os enfermeiros tendem a dirigir a sua intervenção para os cuidados individualizados, em parceria com a família, em que são confrontados com situações de grande angústia e ansiedade, num ambiente impulsionador do sentimento de ameaça e insegurança, que reúne vários agentes stressores num só espaço. Por este motivo há uma necessidade de na urgência pediátrica serem promovidas as relações interpessoais de qualidade, apesar de estas serem muitas vezes desgastantes para o profissional de enfermagem, em que existem condicionantes no estabelecimento de uma relação de confiança (Catita e Vaz, 2000). Para contrariar esta realidade O'Meara (2004) sugere que é primordial considerar as condicionantes da relação e que o enfermeiro seja capaz de criar um clima de confiança com a criança e a família, escute em vez de argumentar, compreenda em vez de formular muito mais saber, use o conhecimento técnico e científico, respeite a individualização do outro. Sheehy (2001) acrescenta que o serviço de urgência para funcionar com qualidade e proporcionar um elevado grau de satisfação de quem cuidamos, passa por atribuir importância a aspetos como o respeito, a compreensão e a escuta ativa. Além disso, a um dos instrumentos básicos da disciplina

prática de enfermagem é a comunicação que nos liga ao mundo exterior e social, ao mesmo tempo que fortalece as relações emocionais estabelecidas no cuidar.

Os aspetos mencionados justificam a pertinência da equipa de enfermagem ser detentora de conhecimentos relacionados com mecanismos ou estratégias de comunicação e de distração da criança num ambiente indutor de emoções negativas, estratégias que possam contornar as limitações e as dificuldades impostas pela realidade dos serviços de saúde e serem efetivamente alvo de implementação.

Nesta linha de pensamento atendi às necessidades reais da equipa de enfermagem de um serviço de urgência pediátrica, que me propôs durante o estágio investir na construção de um guia tipo memorando intitulado por “BRINCAR NO HOSPITAL: TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO E DISTRAÇÃO”. Este guia pretendia ser um instrumento de apoio à equipa de enfermagem, de fácil acesso e leitura, colocado à disposição de outros profissionais, na sala de triagem, sala de tratamento ou no serviço de observação. O guia promove as boas práticas de enfermagem, contribuindo para que todas as intervenções de enfermagem minimizem o sofrimento da criança e família face à hospitalização, em que a necessidade de se concretizarem procedimentos invasivos impera na procura de um diagnóstico e tratamento. Outro aspeto importante é adaptarmos a nossa intervenção às características do desenvolvimento da criança e a sua idade, o que foi considerado também neste guia.

1. APRESENTAÇÃO DO CONTEÚDO DO GUIA “BRINCAR NO HOSPITAL – TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO E DISTRAÇÃO”





9. Quando o procedimento é especificamente dirigido a uma parte do corpo, informar a possibilidade ou a perda da sua funcionalidade, se aplicável (por exemplo, se a criança deixa de andar).
10. Os aspectos sensoriais do desenvolvimento da criança devem ser enfatizados, como o que pode sentir, ver, ouvir, cheirar e tocar, apresentando-se sugestões do que pode fazer durante o procedimento (por exemplo, contar em voz alta, abraçar uma boneca, dar um abraço à mãe ou apertar sua a mão).
11. A criança deve ter a oportunidade de treinar a forma de colaborar no procedimento (por exemplo, treinar previamente a respiração profunda).
12. O material utilizado no procedimento invasivo não deve ser exposto perto do campo de visão da criança.
13. Ser honesto e verdadeiro com a criança e família no que diz respeito aos aspectos desagradáveis inerentes ao procedimento (enfatizar que o mesmo procedimento provoca sensações diferentes em cada criança).
14. Os acontecimentos que surgem no final do procedimento devem ser valorizados, salientando-se os benefícios do procedimento para a criança e família (por exemplo, depois da pica vais embora para casa brincar).
16. O comportamento da criança antes, durante e no final do procedimento deve ser valorizados através do reforço positivo.




PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA OS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS COM BASE NAS CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Estas estratégias devem considerar a especificidade e particularidade de cada criança e família e, sobretudo, a condição clínica da mesma. Além disso, algumas das intervenções são transversais a todas as idades.

LATENTE (Do nascimento até aos 12 meses) – DESENVOLVIMENTO DA CONFIANÇA E DO PENSAMENTO SENSORIO-MOTOR

- 1. APEGO AOS PAIS (Medo e estranhos e ansiedade de separação)**
 - Envolver a família, se assim o desejarem, estando sempre no campo de visão do latente.
 - Colocar um brinquedo familiar junto da criança, se não for possível a presença da família.
 - Tentar que o enfermeiro que realiza ou colabora no procedimento já seja familiar à criança.
 - A aproximação à criança deve ser lenta, para não induzir uma sensação de ameaça.
 - Limitar o número de profissionais junto da criança, durante o procedimento.
- 3. FASE SENSORIAL E MOTORA DA APRENDIZAGEM**
 - Utilizar medidas sensoriais para acalmar o latente durante o procedimento (por exemplo, através do toque, num tom de voz calmo e sereno, estimulação oral com a chucha).
 - Diminuir o desconforto da dor induzida pelo procedimento doloroso, com a analgesia profilática.
 - Confortar o latente após o procedimento, através da dádiva de afeto e incentivando a mãe a pegá-lo ao colo.




- 4. CONTROLO MUSCULAR ELEVADO**
 - Valorizar a resistência que o latente pode apresentar, pois o seu crescimento e desenvolvimento leva a um controlo muscular cada vez mais evidente.
 - Utilizar técnicas de imobilização adequadas ao latente (aumenta a eficácia da intervenção, evita a sua repetição, diminui o sofrimento que lhe é inerente).
 - Afastar objetos perigosos devem estar fora do alcance da criança.
- 5. MEMÓRIA DE EXPERIÊNCIAS PASSADAS**
 - Considerar que os latentes associam objetos, pessoas e locais aos procedimentos dolorosos (choram e resistem na sua presença).
 - Manter os objetos assustadores fora do campo de visão da criança (por exemplo, o material necessário para o procedimento).
 - Realizar todos os procedimentos devem ser realizados fora do quarto ou leito da criança (por exemplo, na sala de tratamentos).
 - Usar procedimentos não invasivos, sempre que possível (por exemplo, medicação oral ou endovenosa em vez de intramuscular).
- 6. IMITAÇÃO DE GESTOS**
 - Representar o comportamento que deseja que a criança repita (por exemplo, o abrir a boca, ou abrir a mão).





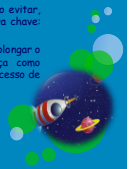
TODDLER
DESENVOLVIMENTO DA AUTONOMIA E DO PENSAMENTO
SENSÓRIO-MOTOR E PRÉ-OPERATÓRIO
(Utilizar as mesmas abordagens referidas para o latente)

1. PENSAMENTO EGOCÊNTRICO E MÁGICO

- Explicar à criança a que pode sentir, ver, ouvir, cheirar e saborear (interferências sensoriais). A criança pode não ter a imagem mental do objeto, logo estes tornam-se assustadores.
- Enfatizar os aspetos do procedimento que necessitam da sua colaboração (por exemplo, ficar sentado ao colo da mãe).
- Dar espaço à criança para expressar o seu desconforto verbalmente, por exemplo, chorar.

2. COMPORTAMENTO NEGATIVO

- Prever que a criança vai resistir ao procedimento e negar a sua colaboração para o evitar, pelo que devem ser aplicadas as contenções adequadas com ajuda da família. Palavra chave: "Não".
- Abordar a criança de forma firme e direta, não alimentando "as birras" para não prolongar o procedimento e o sofrimento associado (as birras são utilizadas pela criança como necessidade de exteriorizar e gerir as suas emoções, em que a criança está num processo de aprendizagem de atribuir nomes aos seus sentimentos - "Tu estás cansado...").
- Desenvolver técnicas criativas de distração e comunicação com a criança.



3. HABILIDADES DE LINGUAGEM LIMITADAS

- Comunicar com a criança através de comportamentos (por exemplo, investir na relação, com a expressão de afetos, como o colinho, para ter a confiança da criança nestes momentos críticos).
- Utilizar uma linguagem com termos simples e familiares à criança (imaturidade emocional, por exemplo, explicar através de um desenho).
- Dar uma instrução de cada vez, esperando-se que a criança a execute (por exemplo, pedir para se deitar, só depois de estar deitada é que se introduz uma nova indicação).
- Dar oportunidade à criança de manipular réplicas do material que é usado no procedimento (manipular o material pode levar à diminuição do medo).
- Explicar o procedimento pela demonstração através de brinquedos (por exemplo, numa boneca).

Nota: Nunca utilizar a boneca da criança, porque nesta idade ela acredita que a boneca sente a dor do procedimento, ficando mais assustada.

- A explicação dada à família deve ser separada da criança, para que esta não tente interpretar as palavras mais elaboradas e que constituem uma ameaça.



4. ANIMISMO (ampliação das propriedades dos objetos)

- Considerar que os objetos têm vida própria e podem atingir dimensões que apenas a criança imagina e visualiza, pelo que devem estar fora do seu campo de visão (por exemplo, o aparelho de radiologia pode representar um monstro com várias pernas).

5. CONCEITO DE TEMPO LIMITADO

- Preparar a criança imediatamente antes do procedimento, nunca com alguma antecedência.
- A preparação deve ser limitada no tempo, e envolve uma breve explicação (5 a 10 minutos no máximo).
- Terminar a preparação da criança antes do seu envolvimento no procedimento (por exemplo, as explicações nunca devem ser dadas durante o procedimento).
- Preparar o material, prevenindo-se a sua falta (reduzir a duração do procedimento, por exemplo, levar dois cateteres venosos periféricos).
- Informar a criança quando o procedimento terminar.

6. LUTA PELA INDEPENDÊNCIA

- Incluir a criança nas escolhas, ainda que passa ter uma atitude negativa e de resistência quando motivada a fazê-lo.
- A criança deve participar e ajudar sempre que possível no procedimento (por exemplo, ajudar a segurar a seringa do xarope ou a segurar na ligadura no final do penso).





IDADE PRÉ-ESCOLAR (3 - 5/6 anos) - DESENVOLVIMENTO DA INICIATIVA E DO PENSAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

1. EGOCENTRISMO

- Valorizar a forma como o procedimento afeta a criança, pois está centrada nela própria.
- Estimular a sua iniciativa, envolvendo-a no procedimento (por exemplo, pedir para carregar no botão para se avaliar a sua tensão arterial).
- Motivar a criança a brincar com algum material real ou de fantasia, que habitualmente é usado nos procedimentos.
- Incentivar as atividades lúdicas (por exemplo, com uma boneca antes e depois do procedimento, para desconstruir as concepções erradas que a criança apresenta).

2. HABILIDADES DE LINGUAGEM ELEVADAS

- Incentivar a criança a verbalizar as suas ideias e sentimentos, utilizando-se palavras neutras para descrever o procedimento.
- Palavras chave: "Porquê", o que lhe permite fazer escolhas e ter iniciativa.
- Pensamento concreto e objetivo, não conseguindo fazer antecipações - pensamento pré-operatório (por exemplo, na mesma intervenção vê apenas uma dimensão, o que dificulta a a nossa abordagem, porque facilmente generaliza a partir de experiências anteriores).
- Ter em atenção as frases utilizadas, pois nesta idade existe uma ampliação e deturpação das experiências dolorosas (por exemplo, "Vou tirar-te sangue", pode ser interpretado como "Vou tirar-me o sangue todo?").




3. LIMITAÇÃO DO CONCEITO DE TEMPO E TOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO

- Aplicar a abordagem para os *toddlers*.
- O tempo de explicação do procedimento pode ser alargado (10 a 15 minutos).
- A informação deve ser dividida em mais do que um momento.

4. A DOENÇA E A HOSPITALIZAÇÃO SÃO ENCARADAS COMO UMA PUNIÇÃO

- Explicar a razão de cada procedimento, no entanto, a criança tem dificuldade em relacionar os benefícios dos procedimentos com a sua saúde, encarando-os como um castigo (por exemplo, como é que uma injeção que dói vai fazê-la sentir-se bem; como é que um xarope que sabe muito mal pode ajudá-la a sentir-se melhor).
- Perguntar à criança qual é a sua opinião quanto ao motivo da realização do procedimento, afirmando-se directamente que os procedimentos não são uma forma de punição.

5. ANIMISMO (ampliação das propriedades dos objetos)

- Afastar todo o material do campo de visão da criança, no momento imediato ao procedimento, ainda que previamente a criança tenha brincado com algum material num contexto educativo/informativo.




6. MEDO DE DANOS CORPORAIS, INVASÃO E CASTRAÇÃO

- Mostrar à criança a zona do corpo onde o procedimento vai ser realizado utilizando um desenho, um boneco ou no seu próprio corpo (por exemplo, apontando para a sua mão ou braço), pois estão num processo de construção da sua imagem.
- Garantir à criança que nenhuma outra parte do corpo será envolvida.
- Privilegiar procedimentos não invasivos (transversal a todas as idades).
- Aplicar um penso no local do procedimento é extremamente importante, porque tapa o local e a criança pode imaginar que por ali podem sair "coisas" do seu corpo.
- Considerar que os procedimentos relacionados com a região genital provocam ansiedade à criança, pelo seu medo de castração.
- Explicar à criança as situações desconhecidas como as relacionadas com os ruídos e as luzes (pelo medo constante de invasão).

7. LUTA PELA INICIATIVA

- Envolver a criança nos procedimentos, sempre que possível, motivando-a para participar e ajudar no procedimento (por exemplo, ajudar na remoção do penso, a segurar na seringa do xarope, a segurar na ligadura no final do penso).





IDADE ESCOLAR (6- 10 anos) – DESENVOLVIMENTO DA CONSTRUTIVIDADE E DO PENSAMENTO CONCRETO

1. ELEVADA HABILIDADE DE LINGUAGEM E INTERESSE PELA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO

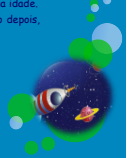
- Utilizar uma linguagem mais científica e correta na explicação dos procedimentos, pois tem um pensamento mais lato, com imagens já construídas. (por exemplo, não dizer pica, mas sim injeção, um medicamento...)
- Explicar, em todos os procedimentos, o motivo ou finalidade do mesmo.
- Exemplificar o funcionamento do equipamento, do meio onde a criança se encontra, com termos concretos.
- Permitir que a criança manipule o equipamento, sempre que possível, recorrendo-se a um modelo de demonstração (por exemplo, uma boneca ou outra pessoa).

Nota: Atenção porque a criança pode considerar a brincadeira muito infantil para a sua idade.

- Reservar um tempo antes da realização do procedimento e, se necessário, um tempo depois, para esclarecer as dúvidas da criança.

2. MAIOR COMPREENSÃO DO CONCEITO DE TEMPO

- O planeamento do procedimento pode ser mais prolongado (cerca de 20 minutos).




3. MELHOR CAPACIDADE DE AUTOCONTROLO

- Obter a cooperação da criança, pelo que é fundamental explicar à criança o que é esperado.
- Sugerir técnicas que promovam o autocontrolo (por exemplo, a respiração profunda, o relaxamento, a contagem).

4. LUTA PARA SER CONSTRUTIVO

- Deixar que a criança assuma a responsabilidade por tarefas simples, assumindo uma participação ativa no procedimento, pois a sua aprendizagem é extremamente enriquecedora fazendo. (por exemplo, agitar os tubos da colheita de sangue, ajudar na colocação do penso, ajudar a abrir algum material).
- Incluir a criança na tomada de decisão face ao momento e ao local, onde será efetuado o procedimento.

5. INVESTIMENTO NAS RELAÇÕES COM OS AMIGOS

- Respeitar a privacidade da criança durante o procedimento, perante os colegas, de forma a manter a sua autoestima. Nesta idade compara-se muito como os outros, descentrando-se do corpo (por exemplo, o seu medo incide na perda de competências e não na perda propriamente dita de um órgão).




ADOLESCÊNCIA – DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE E DO PENSAMENTO ABSTRATO

1. AUMENTO DO PENSAMENTO E DO RACIOCÍNIO ABSTRATO

- Explicar o motivo de cada procedimento, enfatizando-se os seus benefícios e os resultados esperados (consideração pelas experiências anteriores).
- Explicar as consequências do procedimento a curto, médio e a longo prazo.
- Considerar, durante a explicação, que o adolescente pode ter medo da morte, da incapacidade e de eventuais riscos que o procedimento pode causar.
- Incentivar o adolescente a exprimir as suas dúvidas e medos, para em conjunto serem delineadas estratégias alternativas ou de superação (direccionar o olhar para o adolescente e não para os pais).

2. CONSCIÊNCIA DA APARÊNCIA

- Garantir a privacidade do adolescente.
- Explicar se o procedimento pode alterar a sua imagem e o que pode ser efetuado para minimizar estas alterações.
- Enfatizar os benefícios físicos do procedimento.

3. PREOCUPAÇÃO CENTRADA NO PRESENTE E NÃO NO FUTURO

- Considerar que os efeitos imediatos do procedimento são mais significativos do que os que são projectados para o futuro.





4. LUTA PELA INDEPENDÊNCIA

- Envolver o adolescente sempre na decisão e no planeamento do procedimento (por exemplo, o horário, o local, quem e o número de pessoas presentes durante o procedimento).
- Colocar o mínimo de restrições possíveis tendo em conta as normas específicas do serviço.
- Sugerir técnicas ou métodos que permitam a manutenção do autocontrolo (por exemplo, o relaxamento e a respiração profunda).
- Aceitar a regressão para métodos mais infantis de enfrentamento, na confronto com a situação.
- Considerar que o adolescente pode ter dificuldades em lidar com a autoridade e resistir à cooperação durante os procedimentos.

5. DESENVOLVIMENTO DAS RELAÇÕES COM OS AMIGOS E IDENTIFICAÇÃO COM O GRUPO DE PARES

- Incentivar a partilha de experiências com outros adolescentes que já vivenciaram o mesmo procedimento.




TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO CRIATIVA COM CRIANÇAS

A aplicação destas técnicas são influenciadas pela especificidade de cada criança e família e pela sua condição clínica. Estas intervenções são transversais a partir da idade pré-escolar até à adolescência.

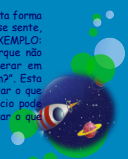
TÉCNICAS VERBAIS

A MENSAGEM DO "EU"

- Expressar um sentimento sobre um comportamento em termos de "Eu", evitando utilizar o "Você" ou o "Tu", isto porque as mensagens transmitidas a partir do "Tu" podem assumir um carácter de julgamento e de responsabilização da criança, face ao sucesso do procedimento. Esta atitude pode induzir na criança estratégias defensivas e, consequentemente, a sua não colaboração. EXEMPLO: "Eu preciso que me ajudes a não mexer o braço" e NÃO "Tu agora não podes mexer o braço".

A TÉCNICA DA TERCEIRA PESSOA

- Expressar um sentimento na terceira pessoa, isto é, recorrendo ao "ele" ou "ela". Esta forma torna-se menos ameaçadora para a criança, do que questioná-la directamente como se sente, assim, a criança tem a oportunidade de concordar ou não, sem estar defensiva. EXEMPLO: "Algumas vezes, quando os meninos estão doentes ficam com medo e tristes, porque não podem fazer as atividades que os outros meninos fazem!". Posteriormente, esperar em silêncio uma resposta ou encorajar uma resposta dizendo "E tu já te sentiste assim?". Esta abordagem permite à criança reagir de três formas: 1) Concorda e acaba por contar o que sente; 2) discorda e conta ou não como se sente; 3) Não responde e o seu silêncio pode representar que realmente se sente triste e com medo, mas é incapaz de expressar o que sente neste momento.

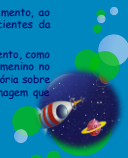



RESPOSTA FACILITADORA

- Ouvir cuidadosamente a criança e devolver-lhe os seus sentimentos e o conteúdo das suas afirmações.
- As respostas são empáticas, não envolvem juízos de valor ou julgamentos e legitimam o que a criança está a sentir.
- Fórmula para respostas facilitadoras: "Tu estás... porque...". EXEMPLO: A criança diz "Detesto vir ao hospital e levar picas!". Uma resposta facilitadora será "Ficas triste porque vens ao hospital levar uma pica...".

CONTAR UMA HISTÓRIA

- Utilizar uma linguagem adequada à idade da criança, despertando o seu pensamento, ao mesmo tempo, temos o objectivo de ultrapassar as inibições e os medos conscientes da criança.
- A técnica mais simples é pedir à criança para contar uma história sobre um momento, como "O que se faz no hospital?". EXEMPLO: Mostrar à criança uma imagem com um menino no hospital e pedir para descrever a imagem do que vê, acabando por contar uma história sobre aquela imagem. Motivar a criança para acrescentar frases relacionadas com a imagem que está a interpretar.





CONTAR UMA HISTÓRIA MUTUAMENTE

- Esta técnica permite que a criança revele o seu pensamento sobre um determinado tema.
- Pedir à criança que conte uma história sobre um determinado tema. Depois o enfermeiro conta outra história semelhante à da criança, mas incidindo nas áreas problemáticas que detectou (medos e receios). **EXEMPLO:** A criança conta uma história em que vai para o hospital e nunca mais vê os seus pais (revela ansiedade de separação). O enfermeiro reconta a sua história, usando nomes diferentes, nas circunstâncias semelhantes, em que o menino fica no hospital e os seus pais (ou pelo menos um) fica consigo no hospital, até ficar melhor e ir embora para casa.

OS SONHOS

- Muitas das vezes os sonhos revelam pensamentos e sentimentos inconscientes ou reprimidos.
- Pedir à criança para contar o seu sonho ou pesadelo.
- Explorar com a criança o significado que o sonho pode ter.

OS TRÊS DESEJOS

- Perguntar à criança três dos seus desejos. **EXEMPLO:** De acordo com a idade, perguntar: "Se o génio da lâmpada aparecesse, quais seriam os teus três desejos?"



AS PERGUNTAS "E SE..."

- Encorajar a criança a explorar situações que têm um potencial enorme de acontecerem e considerarem em conjunto as opções de solução para o problema. **EXEMPLO:** "E se tivesses de ficar cá neste hospital a dormir...". A resposta da criança revela o que já sabe sobre a situação, as suas curiosidades, criando-se uma oportunidade para esclarecer dúvidas e traçar estratégias para lidar com a situação.

O JOGO DA PONTUAÇÃO

- Utilizar uma escala de pontuação, por exemplo, números ou imagens de rostos tristes a felizes, para permitir que a criança possa pontuar um determinado momento ou sentimento. **EXEMPLO:** Em vez de perguntarmos a um adolescente como é que ele se sente, pedir para pontuar como têm corrido os últimos dias, numa escala de 1 a 10, em que o 10 foi o melhor dia.

O JOGO DO COMPLETAR FRASES

- Apresentar à criança uma afirmação que necessita de ser completada por ela. Iniciar a comunicação com situações positivas para a criança. **EXEMPLOS:** "O que mais (ou menos) gosto na escola é..."; "Os meus amigos são..."; "Gosto muito de brincar com..."; "Se eu pudesse mudar..."; "O que gosto mais (ou menos) nos meus pais é..."; "O que gosto mais (ou menos) de mim é...".



O JOGO DA ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS

- Estabelecer algumas palavras-chave. Pedir à criança que diga a primeira palavra que lhe ocorre no pensamento.
- Começar com palavras neutras e, gradualmente, introduzir palavras que possam produzir alguma ansiedade para a criança. **EXEMPLO:** O enfermeiro começa por palavras como "casa", "escola", "amigos"... Depois introduzir palavras como "doença", "hospital", "agulhas"... Podemos obter as mais variadas respostas, de acordo com os sentimentos da criança, tal como, o enfermeiro dizer "hospital" e a criança dizer "palhaços", reforçar com "agulhas" e a criança dizer "medo".

O JOGO DOS PRÓS E DOS CONTRAS

- Selecionar um tema como "Estar no hospital...".
- Pedir à criança para relacionar o tema escolhido com cinco coisas boas (positivas) e cinco coisas más (negativas).

Nota: Esta técnica é muito valiosa quando aplicada a relações, (por exemplo, a criança pode expressar-se sobre os aspetos positivos e negativos sobre a relação com alguns membros da família).



TÉCNICAS NÃO VERBAIS

O DESENHO

- Os desenhos representam uma projeção interior da criança, relativamente aos seus sentimentos e emoções.
- O desenho espontâneo envolve dar à criança matérias didáticas, por que possa fazer um desenho sobre um tema livre.
- O desenho direcionado, tal como o nome indica, possibilita à criança desenhar sobre um tema ou uma pessoa em particular.

Nota: A avaliação dos desenhos obedece a diretrizes específicas de avaliação de desenhos, que não estão aqui representadas. No entanto, esta técnica é uma das mais valiosas formas de comunicação verbal (se a criança conta uma história a partir do desenho que faz) e não-verbal (avaliando-se especificamente o desenho, como por exemplo, o sexo das figuras desenhadas, o tamanho de cada uma delas, a ordem com que são desenhadas, a posição da criança face às figuras, a exclusão de um membro, as partes mais valorizadas, a ausência do desenho de partes do corpo, o sombreado, os riscos ou tracejados).




A ESCRITA

- Esta técnica é muito importante e constitui uma abordagem alternativa à comunicação verbal, sobretudo nas crianças de maior idade.
- É importante que exista um registo do progresso ou não da componente emocional e psicológica, com a aplicação gradual desta técnica. **EXEMPLO:** O jovem pode escrever num diário o que lhe é mais complicado de exprimir em termos de sentimentos ou pensamentos. O enfermeiro pode sugerir ao adolescente que crie um correspondente no seu imaginário e lhe escreva uma carta sobre o que está a experienciar.

O BRINCAR (Ver Funções do Brincar)

- O brincar é a linguagem universal da criança e é através da brincadeira esta projeta o seu pensamento, exprimindo os seus sentimentos e emoções.
- A brincadeira **espontânea** envolve dar à criança uma variedade de brinquedos e materiais lúdicos, em que ela tem oportunidade de brincar.
- A brincadeira **direcionada** ou **intencional** implica fornecer à criança brinquedos ou até material médico, com o objectivo de prepará-la para procedimentos invasivos (por exemplo, com a demonstração do procedimento numa boneca) ou até explorar o medo que a criança tem face a um objecto específico (por exemplo, medo do aparelho de avaliação de parâmetros vitais).




FUNÇÕES DO BRINCAR NO HOSPITAL

- Contribui para o estabelecimento de um ambiente de cuidados alegre, acolhedor, de tranquilidade e de confiança.
- Aumenta o sentimento de segurança da criança face a um ambiente estranho.
- Permite à criança divertir-se, o que promove a sua descontração e relaxamento (maior cooperação).
- Diminui o stress e a ansiedade de separação e afastamento do seu ambiente familiar e social.
- Possibilita à criança exteriorizar a sua irritabilidade e frustração, expressando os seus sentimentos e emoções.
- Estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros.
- Permite à criança desenvolver a sua criatividade e imaginação, manifestando os seus principais interesses e preferências.
- É um instrumento de enfermagem para a preparação da criança para procedimentos invasivos.
- É uma estratégia que possibilita à criança a gestão das suas emoções perante uma situação emocionalmente intensa.
- A criança assume um papel activo e tem oportunidade de fazer parte da tomada de decisão, aumentando a sensação de autocontrolo.





SUGESTÕES DE PALAVRAS OU FRASES QUE NÃO REPRESENTAM AMEAÇA PARA A CRIANÇA NUM AMBIENTE HOSPITALAR (esta expressão deve ser adaptada à idade da criança)

- Picas, picar para dar um medicamento - Dar um remédio debaixo da pele
- Órgão - Lugar especial do corpo
- Teste - Ver como um dos lugares especiais do corpo está a funcionar
- Incisão - Abertura especial
- Edema - Inchaço
- Maca - Cama com rodinhas
- Fezes - Usar a expressão familiar à criança
- Contraste - Remédio especial
- Dor - Dói-dói
- Tirar a temperatura - Ver se está quentinho
- Tirar a pressão do braço - Apertar um pouco o braço com uma pulseira, verde ou azul
- Anestesia - Sono especial
- Cateter periférico - Ficar com uma palhinha, um plástico, sem pica
- Monitor - Televisão que tem andinhas de várias cores
- Eléctrodos - Autocolantes



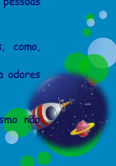

PRINCIPAIS STRESSORES PARA A CRIANÇA E FAMÍLIA NO HOSPITAL

FÍSICOS

- Dor e desconforto induzidos por procedimentos dolorosos.
- Imobilização (por exemplo, uso de contenções, repouso no leito).
- Privação do sono.
- Incapacidade ou impedimento para comer ou beber.
- Alterações nos hábitos de eliminação urinária e intestinal.

AMBIENTAIS

- Ambiente desconhecido, assustador e ameaçador (entrada e saída de muita gente e pessoas desconhecidas).
- Partilha do mesmo espaço, que seria de privacidade, com pessoas desconhecidas.
- Sons desconhecidos (ruído de monitores, telefones, computadores: humanos, como comentários de profissionais, risos, choro, vômitos).
- Odores desagradáveis (por exemplo, o cheiro a álcool, a outros desinfetantes, a odores corporais).
- Luminosidade permanente (interferência no ritmo dia e noite).
- Assistência a situações de carácter de intervenção imediata e urgência (mesmo não relacionada com a própria criança).




PSÍCO-EMOCIONAIS

- Falta de privacidade.
- Incapacidade de manter uma comunicação eficaz (por exemplo, se a criança estiver entubada).
- Conhecimento inadequado da situação vivenciada.
- Compreensão da gravidade.
- Comportamento dos pais (expressão de preocupação).

SOCIAIS

- Separação do ambiente da família, amigos e da escola.
- Preocupação com a ausência na escola ou no trabalho.
- Privação na manutenção de brincadeiras e distração habituais.

FONTE BIBLIOGRÁFICA

Bernes, J. (2003). Psicologia Psiquiátrica e Psicopatologia da Infância. Lisboa: CLIMPSSE-Sociedade Médica Psiquiátrica.

Bon, H. (2003). A Criança em Desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed.

Bruchman, T. (1995). O Eneide e a Criança. Barcelona: Editorial Freixas.

Duque, F. (2002). Trabalho com crianças em ambiente hospitalar - um processo de desenvolvimento. Actas do Colóquio de Psicologia da Infância e da Adolescência. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Henderson, C. A. & Wiles, D. (2003). The World of the Child: a World of Play Even in the Hospital. Journal of Pediatric Nursing, 20(2), 209-214.

Henderson, C. A. & Wiles, D. (2003). Wong, Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de de Zanetti Elsevier Editors.

Jan, T. & N. (2008). Play in Hospital: Improving the Hospital Experience for Children. 223-237.

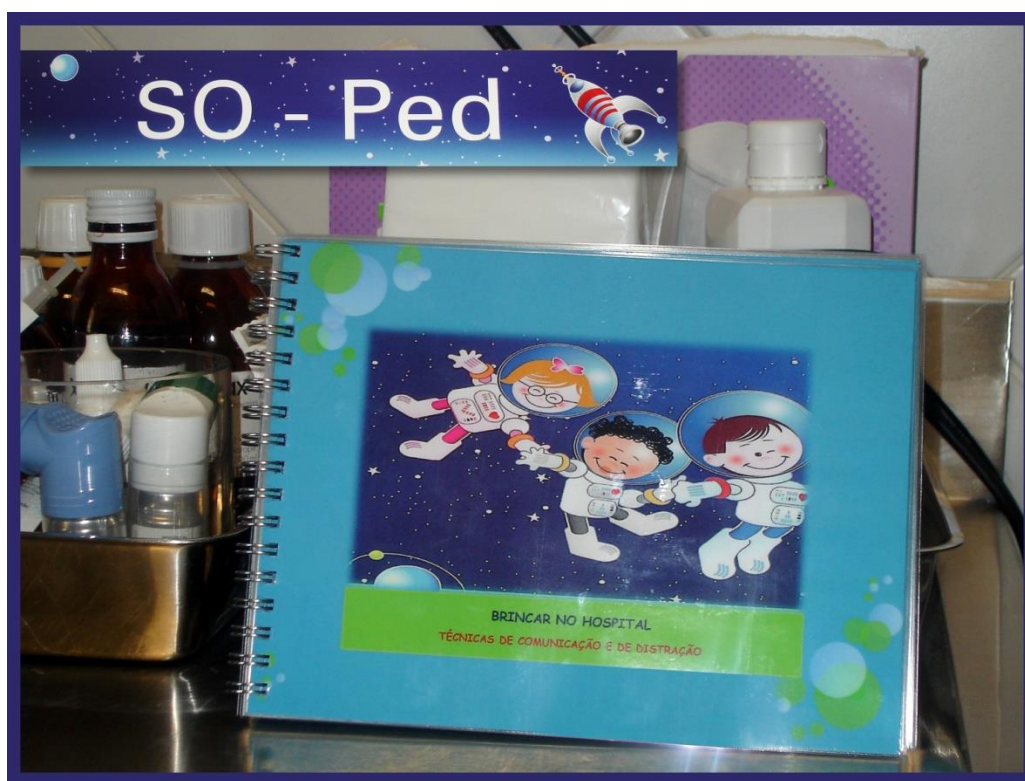
Mora, M. & Gomes, A. (2004). A privação do sono no contexto do hospital: impacto infantil como ação de saúde. Cadernos de Saúde Coletiva, 10(1), 147-154.

Winnicott, D. (1995). O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.





2. FOTOS DO GUIA



3.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Catita, P. & Vaz, C. (2000). Cuidar no serviço de urgência. *Nursing*, 148, 14-17.

Macphail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. *In Sheehy, S. Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Camarate: Lusociência.

O'Meara, M. (2004). Strategies for improving emergency care for childrens: perceptions and practicalities. *Emergency Medicine Australasia*, 16, 382-383.

Macphail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. *In Sheehy, S. Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Camarate: Lusociência

AÇÃO DE FORMAÇÃO
A GESTÃO DE EMOÇÕES EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA
O brincar terapêutico como estratégia no cuidar



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

INDÍCE

1.JUSTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	3
2.IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	6
3.CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	9
4.APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	10
5.AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	17
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
APÊNCICE I. Apresentação das respostas ao questionário de avaliação da ação de formação “A gestão de emoções no cuidar em enfermagem pediátrica”	20

1. JUSTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

O cuidar em enfermagem e a tecnologia estão interligados, existindo um cruzamento de diferentes dimensões, que permitem a compatibilidade de entendimento entre a humanização de cuidados e a apropriação de equipamentos indispensáveis para o cuidar. Backes e Lunardi (2006) referem que a apropriação de tecnologias é fundamental na assistência de enfermagem, pois elas contribuem para a ampliação da exigência de um alto grau de qualificação profissional em enfermagem.

As unidades de cuidados intensivos pediátricos apresentam uma grande diversidade tecnológica, auxiliares na manutenção da vida da criança, que contribuem para um ambiente que incute nos profissionais constantes desafios e questionamentos. Este ambiente é caracterizado por um contexto altamente assustador e stressante, onde impera indiscutivelmente uma vasta diversidade de sentimentos e emoções (Barbosa e Rodrigues, 2004).

A humanização de cuidados não deixa de ser um desafio, pois perante todo o aparato de materiais e equipamentos, facilmente se prioriza as intervenções tecnicistas, que não dão lugar a um espaço de reflexão e partilha entre os elementos da própria equipa e entre esta e a criança e família (Barbosa e Rodrigues, 2007). Assim, quando nos referimos a uma unidade de cuidados intensivos é frequente associarmos o nosso pensamento à tecnologia, a máquinas e equipamentos. Esta visão pode ser redutora e simplista, e não pode constituir uma barreira na garantia da qualidade dos cuidados de saúde à criança e família. Aliás, inconscientemente, Oliveira, Collet e Vieira (2006) salientam que a visão de uma criança internada nos cuidados intensivos remete-nos para uma imagem altamente artificial, em que a criança e família se constituem apenas como um detalhe aos olhos de alguns profissionais. O próprio ambiente de cuidados, suportado por uma tecnologia sofisticada que assegura a vida da criança, torna-se também hostil pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que a criança é submetida. Toda esta tecnologia contribui para que os enfermeiros envolvidos evidenciam a racionalidade e a tecnicidade conjugada pela ciência. E quando me refiro à tecnologia falo num ambiente onde coexistem aparelhos, fios, equipamentos, em que as técnicas e os procedimentos invasivos determinam a complexidade do tratamento.

A verdadeira complexidade reside na compreensão e na vivência das relações e interações humanas que acontecem neste ambiente. A unicidade das crianças e suas famílias, o próprio contexto do cuidar e as características de quem cuida não podem ser regidas por normas ou instruções de que se fazem acompanhar todos os materiais tecnológicos. As relações humanas são bem mais complexas, pelo que muitas das vezes não existe um empenhamento ou dedicação do nosso tempo para parar e investir numa prática reflexiva. O reconhecimento e a gestão das nossas emoções passam precisamente por quebrar esta visão tecnológica, ainda que necessária, destruindo-se tudo o que desumaniza, objetifica e despersonaliza a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família em cuidados intensivos. É necessário valorizar as interações e relações que se estabelecem no cuidar, adequando-se os diversos saberes, para um cuidar individualizado, seguro, ético e humanizado.

A ação de formação aqui planeada teve como finalidade permite fazer uma ligação, entre a importância de conjugar a imperatividade de um ambiente tecnológico e de inovação, e um contexto de cuidados valorativo da escuta, das necessidades do outro, das suas emoções e sentimentos na construção das interações afetivas. Para além da sensibilização da equipa de enfermagem para a gestão das emoções na unidade de cuidados intensivos, com intencionalidade, apresentei como estratégia do cuidar o brincar terapêutico.

O desenvolvimento desta ação de formação dirigida à equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos permitiu-me contribuir positivamente para a qualidade das práticas de enfermagem à criança e família e, em concomitância, proporcionar a todos os intervenientes um espaço de partilha de experiências. A dimensão desta partilha foi grandiosa no sentido em que a nossa realidade de cuidados nos remete para uma imposição diária de agir face às necessidades contextuais, em que muitas das vezes não se privilegia um tempo das nossas vivências para uma prática reflexiva, contemplando-se uma análise crítica e um pensamento estruturado, sobre o que sentimos e como gerimos todas as emoções emergentes. Indubitavelmente, é da responsabilidade de todos os profissionais de enfermagem criar desafios no seu contexto de trabalho, incentivando o questionamento das rotinas já enraizadas e induzindo à mudança das práticas do cuidar em pediatria.

Esta formação permitiu-me também refletir que o enfermeiro pode investir no desenvolvimento de competências específicas, constituindo-se como um elemento da

equipa de saúde facilitador e indutor de novas e atuais aprendizagens. Enquanto especialista foi notório o contributo desta atividade para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista.

Esta ação de formação permitiu-me desenvolver competências relacionadas com a melhoria da continuidade dos cuidados, mais especificamente, atuando como agente na unidade de cuidados intensivos com um papel dinamizador na conceção e colaboração de programas de melhoria contínua da qualidade, contribuindo para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Com base neste autor saliento que esta atividade de reflexão e de partilha permitiu-me também aprimorar competências no domínio das aprendizagens profissionais, em que existiu um empenhamento no desenvolvimento dos meus conhecimentos e da assertividade, para uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Atendendo a que o brincar é um dos direitos da criança, com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, posso referir o investimento pessoal e profissional na promoção dos direitos humanos, através do seu respeito e defesa, face aos valores, costumes, às crenças espirituais e às práticas específicas da equipa de enfermagem onde estive inserida. Ao mesmo tempo, existiu um reconhecimento e aceitação dos direitos dos outros, mantendo um processo efetivo de cuidados, mesmo no confronto com valores diferentes (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

2.IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA DA FORMAÇÃO	O tema é “A gestão de emoções em enfermagem pediátrica: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar”.
DATA E LOCAL	A ação decorrerá no dia 17 de Janeiro de 2013, na unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital da região de Lisboa.
DURAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	20’ minutos de exposição e 15’ de reflexão conjunta.
DESTINATÁRIOS	Os formandos serão cerca de dez elementos da equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos.
PRELETORES	Ana Moreira (estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
OBJECTIVO GERAL	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão de emoções na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, numa unidade de cuidados intensivos, apresentando como estratégia o brincar terapêutico.
OBJECTIVOS	Abordar o conceito de cuidar em pediatria.

ESPECÍFICOS

Refletir sobre a importância da parceria de cuidados e dos cuidados atraumáticos em pediatria.

Refletir sobre a gestão das emoções nos processos de doença.

Dar a conhecer as principais estratégias na gestão das emoções nos cuidados pediátricos, enaltecendo o ambiente em sintonia com o mundo infantil.

Enumerar os principais agentes stressores da hospitalização para a criança e família.

Apresentar o brincar terapêutico como estratégia na gestão das emoções em enfermagem pediátrica.

Refletir sobre as principais estratégias já utilizadas pela equipa de enfermagem na gestão de emoções no cuidar da criança e da família, que garantam a qualidade dos cuidados prestados.

Apresentar o dossier temático relacionado com a temática abordada.

ASSUNTOS A ABORDAR

A importância da parceria de cuidados na intervenção pediátrica.

Definição de cuidados atraumáticos.

	A experiência do cuidar numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Como gerir as emoções em pediatria. A importância do ambiente infantil na gestão da emocionalidade no cuidar da criança e família. Definição de brincar terapêutico. Benefícios da atividade do brincar para o crescimento e desenvolvimento da criança.
	MÉTODOS PEDAGÓGICOS Método expositivo, com uma interação dinâmica entre formandos e formador, para partilha de experiências, de sentimentos, esclarecimento de dúvidas e aceitação de sugestões.
	RECURSOS PEDAGÓGICOS Slide Show- Microsoft Office PowerPoint 2007;
	CONCLUSÃO Síntese dos conteúdos abordados. Discussão e partilha de sentimentos e emoções (relação com as dificuldades da prática diária).
	AVALIAÇÃO Intervenção e observação direta dos enfermeiros. Aplicação de um questionário de avaliação (Apêndice I).

3.CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



**A GESTÃO DE EMOÇÕES EM ENFERMAGEM
PEDIÁTRICA**

O brincar terapêutico como estratégia no cuidar

AÇÃO DE FORMAÇÃO
24 de Janeiro de 2013
15 Horas
**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS**

Enf.^a Ana Moreira nº 3977*
Prof.^a Orientadora: Paula Diogo

*Estudante do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ESEL



4. APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



A GESTÃO DE EMOÇÕES EM ENFERMAGEM
PEDIÁTRICA
O brincar terapêutico como estratégia no cuidar

Enf.ª Ana Moreira nº 3977
Prof.ª Orientadora: Paula Diogo
Lisboa
Janeiro de 2013

FEUC
FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ESTE MOMENTO...



PARTILHA
REFLEXÃO CONJUNTA
MAIS CONHECIMENTO
NOVAS PERSPETIVAS NO CUIDAR

QUALIDADE DOS CUIDADOS
À CRIANÇA E FAMÍLIA



CUIDAR EM PEDIATRIA

CUIDAR é a essência de enfermagem. O foco principal do cuidar são as relações humanas e as transações entre a pessoa e o seu ambiente e na forma como estes elementos afetam a sua saúde e o seu bem estar.

CUIDAR implica conhecer o outro, as suas limitações e necessidades, não significando apenas uma questão de boas intenções ou uma atenção calorosa.

(Watson, 2002)

EMPARELHA

Reconhecer a família como uma constante na vida da criança. Apoiar, respeitar e salientar as potencialidades da família. Capacitar as famílias para a aquisição de novas capacidades e competências para atenderem às necessidades da criança (Hockenberry e Wilson 2011).



Aceitar cada família como única e como fonte de bem-estar para a criança, apoiando as suas forças e ajudando a viver a experiência de doença de forma positiva (Hait, 2003).



CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Os cuidados atraumáticos implicam intervenções no cuidar que eliminam ou minimizam o sofrimento psicológico e físico enfrentado pela criança e sua família (Hockenberry e Wilson, 2011).

Os enfermeiros contribuem para uma experiência atraumática, ao considerarem as necessidades emocionais e sociais de cada criança e família, recorrendo a técnicas de comunicação e de relação, como as estratégias criativas e os brinquedos (Morais, 2010).

INTERNAMENTO NA UCIPED



A criança e a família vive uma situação de crise, que é influenciada por diversos fatores, tais como, o estadio de desenvolvimento, a situação anterior à doença e/ou hospitalização, os mecanismos de coping já existentes, a gravidade do diagnóstico e o suporte emocional disponível que apresentam.

SENSAÇÃO DE PERDA DE CONTROLO

ROTINAS ALTERADAS

AMBIENTE ESTRANHO E ASSUSTADOR

(Hockenberry e Wilson, 2011)



NA UCIPED...

O enfermeiro é confrontado com **SITUAÇÕES EMOCIONAIS INTENSAS**, com o sofrimento emocional do outro e com as suas próprias emoções e sentimentos. A compreensão das emoções e dos sentimentos é necessária para reduzir o sofrimento humano e engrandecer as suas experiências (Diogo, 2006).

A **EXPERIÊNCIA EMOCIONAL** na prestação de cuidados assenta na comunicação, na relação com o outro, na libertação e no encontro dos sentimentos em todos os sentidos (Damásio, 2001).



AS EMOÇÕES....

Implicam um mecanismo de base neurofisiológico; manifestações físicas; e um processo emocional de interação.

AS EMOÇÕES PODEM SER POSITIVAS OU NEGATIVAS
(DAMÁSIO, 2001).



ESTÃO RELACIONADAS COM MOMENTOS DE
INTERAÇÃO AGRAVÁVEIS OU DESAGRAVÁVEIS E
DESENCADEIAM HABITUALMENTE UM
COMPORTAMENTO.



GERIR AS EMOÇÕES...





COMO GERIR AS EMOÇÕES?

A relação de cuidados em enfermagem pediátrica implica o trabalho com as emoções com intencionalidade terapêutica:

1. PROMOVER UM AMBIENTE AFETIVO E SEGURO;
2. Nutrir os cuidados com afeto;
3. Gerir as emoções da criança e família;
4. Construir a estabilidade nas relações;
5. Regular as próprias emoções para cuidar .

(Diogo, 2012)



PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO E AFETUOSO

Uma das ações/interações realizada com intencionalidade no cuidar para a gestão de emoções intensas de forma positiva é a **"SINTONIA COM O MUNDO INFANTIL"** (Diogo, 2012).

O **BRINCAR** é fundamental na **GESTÃO DAS EMOÇÕES** da criança ao promover o relaxamento, a expressão emocional e a distração. O brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças e tem o potencial de diminuir o sofrimento durante a experiência de hospitalização (Barros, 2003).

AMBIENTE
Assustador
Estranho
Stressante
Não familiar
Inseguro

AMBIENTE FÍSICO
FATORES FACILITADORES
Pinturas nas paredes
Tv com desenhos animados
Brinquedos
Cortinas coloridas
Música

SINTONIA COM O MUNDO FANTÁSTICO
BRINCADEIRAS
CANTAR MÚSICAS INFANTIS
MOBILIZAR PERSONAGENS DE BRINQUEDOS OU DESENHOS ANIMADOS

ACOLHER

Admissão no serviço.
Apresentação à equipa (guia de acolhimento).
Comunicação simpática e afetiva/Mostrar disponibilidade.

EXPRESSAR AFETOS/AMBIENTE AFETIVO

Conhecer a criança e a família - Avaliação inicial de enfermagem (preferências da criança, nome preferido, palavras que a criança utiliza para identificar objetos ou pessoas).

Linguagem dos "inhos" – fraldinha, chuchinha.
Postura carinhosa (ambiente familiar).
Boa disposição e Sorrisos.
Uso de fardas coloridas.

DESPEDIDAS CALOROSAS

Expressão de afetos.
Fotografias para recordar.

(Diogo, 2012)

O BRINCAR TERAPÊUTICO...

Uma estratégia no cuidar em enfermagem



"É uma modalidade livre ou dirigida... para ajudar as crianças a lidarem com suas as preocupações e medos, e... ajuda a enfermeira a obter informações sobre as suas necessidades e sentimentos"
(Hockenberry e Wilson, 2011).

BENEFÍCIOS DO BRINCAR

C
R
I
A
N
Ç
A

F
A
M
Í
L
I
A



É um **DIREITO** e uma **NECESSIDADE** da criança.

Permite a socialização da criança.

Promove o bem-estar físico e emocional da criança através da expressão de sentimentos e desconstrução de medos.

O enfermeiro tem maior facilidade em obter a colaboração da criança (maior segurança e aceitação dos tratamentos).

MAIOR ADAPTAÇÃO À DOENÇA/HOSPITALIZAÇÃO
REDUÇÃO DOS TRAUMAS

EQUIPA DE ENFERMAGEM



A criança aceita o enfermeiro como uma pessoa, que não realiza apenas procedimentos dolorosos (maior confiança, diminuição do medo e ansiedade).

HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS

"O brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação...o brincar tem um tempo e um lugar" (Winnicott, 1989).

TRANSFORMA O AMBIENTE DO CUIDAR



ALEGRIA

CONFIANÇA

DESCONTRAÇÃO

ACEITAÇÃO

FELICIDADE

ACOLHEDOR

TRANQUILIDADE

ESPAÇO LÚDICO

A criança... "ao tocar, cheirar, sentir, ver, ouvir, provar, conhece tantos e tão diferentes elementos que passam a fazer parte da pessoa que é" (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

SUGESTÃO....

CONSULTA DE ARTIGOS NO DOSSIER TEMÁTICO

(Fica disponível na UCIPED)



REPENSAR....

"É bom crescer com os pés na Terra...
e com a cabeça na Lua...
com projetos e com sonhos...
sensíveis e sensatos...

MAS CRIANÇAS... PARA SEMPRE!!!

(Eduardo Sá, 2000)

BIBLIOGRAFIA

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica- Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMPSI-Sociedade Médico-Psicológica.
- Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Francisco Lyon de Castro.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Farnasau: Coimbra.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com emoções em enfermagem pediátrica - Um Processo de Metamorfose de Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusocência-Edições Técnicas e Científicas.
- Hatat, H., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 209-214.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar - O corpo, dimensão da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusocência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE, Série I, n.º 3, volume 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 204-211.
- Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar: Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusocência-Edições Técnicas e Científicas.
- Winnicott, D. (1989). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.



**OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO!!!!**

5.AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Avaliar nunca foi, nem nunca será uma tarefa fácil, no entanto, defendo que o momento avaliativo, nesta situação, constituiu mais uma oportunidade para dinamizar um espaço reflexivo, na medida em que os formandos repensaram os conteúdos abordados, com a possibilidade de construírem livremente uma crítica participativa, quanto à temática em questão. Na verdade, no decurso desta avaliação os enfermeiros tornaram concreto a importância que deram na abordagem da gestão das emoções em cuidados intensivos pediátricos, o que é extremamente importante para uma consciencialização dos conhecimentos aprendidos e a sua aplicação na prática, com reflexo incontornável nas práticas de enfermagem.

Visivelmente, durante a sessão os enfermeiros demonstraram grande atenção e interesse pela temática, participaram ativamente com questões pertinentes relacionadas com rotinas diárias, apontaram dificuldades e foram ao encontro de novas estratégias para ultrapassarem as limitações impostas pela realidade dos nossos serviços de saúde. Além disso, com grande motivação expressaram o seu contentamento por reconhecerem que nas suas intervenções promovem já algumas das estratégias enumeradas. O ambiente gerado foi facilitador das aprendizagens e a satisfação verbalizada pelos enfermeiros emergiu fluentemente, porque a temática correspondeu na sua plenitude às suas expectativas e necessidades profissionais e pessoais. No início da ação de formação, alguns dos formandos relatavam a falta de tempo para estarem a assistir à formação, contudo, no final sorriam de contentamento e verbalizavam que o tempo passou num ápice, o que num sentido prático acontece quando o que aprendemos vai ao encontro do que sentimos e temos a real necessidade de apreender.

Notório foi a correlação feita pelos enfermeiros entre a gestão de emoções e o uso do brincar terapêutico como estratégia a utilizar, tendo sido reconhecido consensualmente que o brincar terapêutico deve ser integrado nos cuidados de saúde à criança e família, pois assume funções importantes para apaziguar o medo, ansiedade, solidão, angústia de separação, sendo uma atividade atenuante dos stressores da hospitalização.

Como instrumento de avaliação foi aplicado um questionário de satisfação à equipa de enfermagem presente neste momento formativo e de reflexão, cujos resultados estão expostos em apêndice (Apêndice I). O questionário implica uma resposta simples a cinco

questões, em que a última, proporciona ao formando a apresentação de sugestões e de comentários. As cinco perguntas apresentam um conteúdo claro e objetivo, de resposta rápida, em que o formando escolhe um dos itens numa escala de classificação situada entre “inúteis e muito úteis”. O respetivo questionário foi distribuído no final da ação, tendo sido assegurado a participação inteiramente voluntária e o anonimato na apreciação e análise das respostas dadas.

A análise das questões 1 e 4 do questionário permitiu-me concluir que os seis intervenientes consideraram que os assuntos e os conteúdos abordados na sessão foram “muito uteis” para o seu desenvolvimento enquanto enfermeiros, pelo que todos estenderiam a formação a outros profissionais e a outras unidades de saúde familiares. Nas respostas 2 e 3, cinco dos seis enfermeiros, consideraram que o meu desempenho como formadora fora “muito útil” na compreensão e aprendizagem dos conteúdos abordados, pelo que a formação será “muito útil” no desempenho da equipa de enfermagem da unidade. O restante elemento selecionou o item “útil” nas respetivas perguntas enunciadas. A questão 5 implicava a obtenção dos comentários e das sugestões relativas a esta ação de formação. Assim, dos seis participantes, três registaram voluntariamente a sua opinião, tendo sido salientado, sobretudo, a pertinência desta temática para as práticas diárias na unidade de cuidados intensivos:

- a) *“A abordagem desta temática foi extremamente útil para a nossa prática diária, pelo que agradeço imenso a sua intervenção”;*
- b) *“Esta temática foi muito útil para a nossa unidade”;*
- c) *“O conteúdo da ação foi muito importante para aplicar em contextos tão específicos e técnicos, como são as unidades de cuidados intensivos”.*

Todos os intervenientes demonstraram-se mais sensíveis e despertos para a importância da gestão das emoções durante os processos de saúde doença, utilizando como estratégia o brincar terapêutico, pelo que os objetivos inicialmente delineados foram atingidos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Backes, D. & Lunardi, D. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. 40(2), 221-7.

Barbosa, E. & Rodrigues, B. (2004). Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. *Acta Scientiarum Health Sci*. 26(1), 205-12.

Oliveira, B., Collet, N. & Vieira, C. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 14(2), 277-84.

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

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

APÊNCICE I. Apresentação das respostas ao questionário de avaliação da ação de formação “A gestão de emoções no cuidar em enfermagem pediátrica”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A sua opinião sobre esta ação de formação é extremamente importante para aferir em que medida as suas expectativas foram satisfeitas e para melhorar o desempenho do formador em futuras ações de formação. Este questionário incide em cinco questões, sendo a ultima exploratória. A sua participação é voluntária e o tratamento, análise e divulgação dos dados obtidos garante o anonimato e a confidencialidade das respostas. Desde já agradeço a sua disponibilidade, pedindo a sua colaboração para responder às seguintes questões.

1. Em que medida considera que os conteúdos da ação foram úteis para o seu desenvolvimento como enfermeiro/a?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
			6

2. Em que medida o desempenho do formador contribuiu para a melhor compreensão e aprendizagem dos conteúdos apresentados?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
		1	5

3. Considera que esta formação terá impacto ao nível do desempenho da equipa de enfermagem desta Unidade?

Inúteis	Pouco úteis	Úteis	Muito Úteis
		1	5

4. Recomendaria esta ação de formação a outros enfermeiros de outras Unidades?

Sim

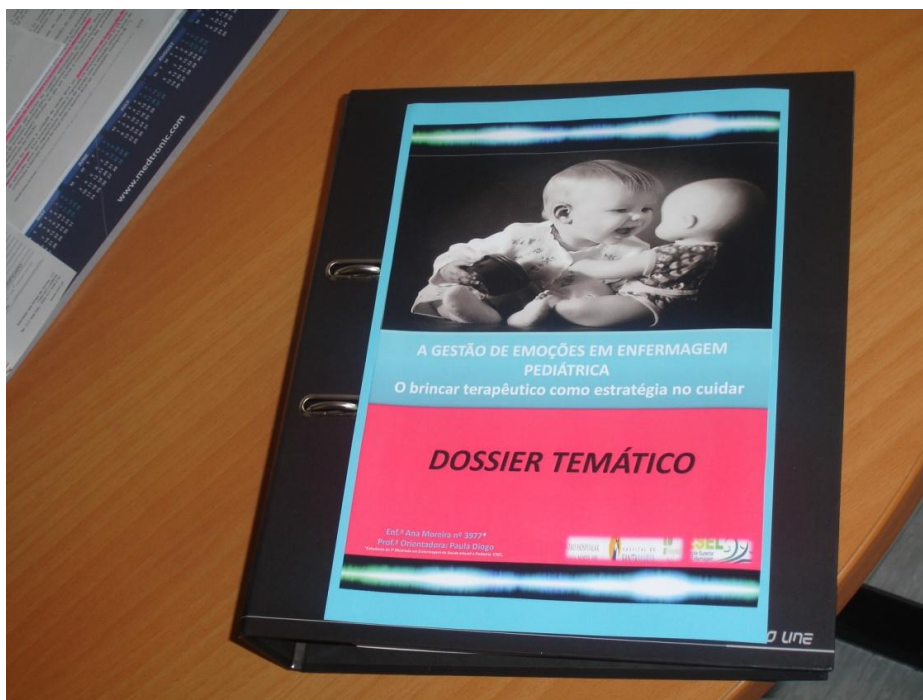
Não

6	
---	--

5. Outros comentários ou sugestões:

Obrigado pela sua colaboração.

Dossier Temático



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

INTRODUÇÃO AO DOSSIER TEMÁTICO

Apesar da constante evolução nos cuidados pediátricos a experiência de hospitalização ainda representa um cenário de sofrimento emocionalmente intenso, marcado pela ambivalência de sentimentos como a esperança, a ansiedade, a confusão, o medo, a incerteza e a insegurança face ao diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença (Hockenberry e Wilson, 2011). Estes sentimentos são bem evidentes nas unidades especializadas em cuidados intensivos pediátricos e afetam todos os intervenientes envolvidos. Na maioria das situações, estão relacionados com fatores relacionados com o risco eminente de morte da criança, pela gravidade do diagnóstico clínico, com a imperatividade da intensificação do sentimento de vulnerabilidade.

A criança e a família vivem momentos de angústia, sofrimento e desespero e o poder de autonomia em relação ao seu filho está francamente diminuído (Côa, 2011). Este sofrimento nasce na conjugação e acumulação de inúmeros agentes stressores relacionados com o ambiente de cuidados, que é encarado como estranho, ruidoso, ameaçador e assustador para quem passa por esta experiência (Mulrooney, 2006). A especificidade do contexto e a interação relacional entre a equipa de saúde, a criança e a família, levou-me a considerar o quão prioritário é reconhecer a importância da gestão das emoções emergentes na prática de cuidados.

Cuidar da criança e família numa unidade de cuidados intensivos confronta a equipa de enfermagem com situações problemáticas, de grande imprevisibilidade, complexidade e incerteza, exigindo a mobilização constante de um conjunto de saberes, que induzem respostas adequadas à singularidade e unicidade de cada família. Toda esta exigência impõe aos enfermeiros um investimento constante na área do conhecimento, os quais podem assumir com profissionalismo a sua incompletude, como sendo o fator indutor da aquisição de novas aprendizagens e novas competências. Para ir ao encontro desta necessidade constante da equipa de enfermagem surgiu, com pertinência, a construção de um *dossier temático*, que reúne artigos relacionados com “*A gestão de emoções em enfermagem pediátrica – O brincar terapêutico como estratégia no cuidar*”.

Este dossier representa uma ferramenta de fácil utilização no processo de crescimento individual e contínuo de cada enfermeiro, em que a sua consulta possibilita uma viagem na aquisição e consolidação de novos conhecimentos, novas aptidões e atitudes,

indispensáveis às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem. Todavia, a consulta destes artigos *per si* não dispensa a valorização de uma reflexão crítica e de análise dos acontecimentos resultantes da interação de cuidados à criança e família. Aliás, quando a reflexão é intencional conduz à construção do saber e, sendo teórica e metodologicamente enquadrada, permite a emancipação profissional e a consciência da tomada de decisão. Deste modo, a aquisição de novos saberes e de múltiplas perspetivas permite-nos tomar decisões complexas, com reflexo no progresso da prática da enfermagem enquanto *ciência do cuidar* (Benner, 2001).

A equipa de enfermagem ocupa uma posição privilegiada na implementação de estratégias com intencionalidade terapêutica, alocando e mobilizando os recursos que minimizam as experiências emocionalmente intensas (Pedro, 2009). Uma das interações desenvolvidas no cuidar para a gestão de emoções positivas é a sintonia com o mundo infantil, em que o brincar promove o relaxamento, a expressão emocional e a distração (Diogo, 2012). Por conseguinte, a atividade do brincar ocupará um lugar de destaque neste dossier, uma vez que representa uma das estratégias essenciais na gestão de emoções no cuidar da criança e família, mesmo numa unidade de cuidados intensivos.

Para terminar, no ponto seguinte apresento uma tabela onde constam os nomes dos vinte e dois artigos, organizados por ano de publicação, com início no mais recente para o mais anterior, ao nível temporal. Esta tabela contempla ainda dados referentes ao nome de cada artigo, ao ano e ao local de publicação de cada um deles. No *dossier* os artigos estão numerados no canto superior direito da primeira página, não só para facilitar a sua organização, como também a própria consulta. A obtenção e seleção dos artigos emergiu de uma pesquisa nas bases de dados científicas, como a EBSCOhost, mais especificamente na *CINAHL Plus with Full Tex*. Alguns dos artigos foram referenciados nas unidades curriculares dos semestres anteriores do presente curso de mestrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *From Novice to expert, excellence and power in clinical. Nursing practice*. New Jersey: Quarteto editora.

Côa, T. & Pettengill, M. (2010). A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos. *Rev Esc Enferm USP*, 825-825.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com emoções em enfermagem pediátrica - Um Processo de Metamorfose de Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Mulrooney, D. *et al.* (2010). Surviving Childhood cancer - Cure is not Enough. *Medicine. Clinical & Health Affairs*,

Pedro, J. (2009). *Parceiros no Cuidar: A Perspetiva do Enfermeiro no Cuidar com a Família, a Criança com Doença Crónica*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.

TABELA DE ARTIGOS

NÚMERO DO ARTIGO	NOME DO ARTIGO	ANO E LOCAL DE PUBLICAÇÃO
1	O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão	2012 Portugal
2	O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem	2012 Portugal
3	Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros	2012 Brasil
4	Compassionate extubation in children at hospice and home	2011 Reino Unido
5	Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research	2011 Canada
6	Construir laços de confiança e promover o conforto	2010 Portugal
7	Vamos cuidar com brinquedos?	2010 Brasil
8	Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada	2010 Portugal
9	Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria	2010 Lisboa
10	O lugar do afeto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico	2010 Portugal
11	How nurses assist parents regarding life support decisions for extremely premature infants	2010 Estados Unidos
12	Necessidade e necessidades: revisitando o seu uso em enfermagem	2009 Portugal
13	Children's desire for perioperative information	2009 Estados Unidos
14	Play in hospital	2008 Reino Unido
15	Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família	2008 Brasil
16	How Physicians and Nurses Handle Fear in Children With Cancer	2007 Suécia
17	Children's experiences of hospitalization	2006 Irlanda
18	Effects of Preoperative Therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery	2006 Hong Kong
19	Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture	2004 Holanda
20	Practices for preparing children for clinical examinations in Swedish pediatric wards	2004 Suécia
21	The world of the child: a world of play even in the hospital	2003 Israel
22	Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures	1999 Suécia

FOTO DO DOSSIER TEMÁTICO



Poster “Cuidar no Hospital”



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

APRESENTAÇÃO DO POSTER “CUIDAR NO HOSPITAL”

CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA NO HOSPITAL

FÍSICOS

- Dor e desconforto induzidos por procedimentos dolorosos
- Imobilização
- Privação do sono
- Alterações das atividades de vida diárias

PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS

- Falta de privacidade
- Incapacidade de Comunicar eficazmente
- Conhecimento inadequado da situação vivenciada
- Compreensão da gravidade da doença
- Expressão de preocupação dos pais

PRINCIPAIS AGENTES STRESSORES

AMBIENTAIS

- Ambiente desconhecido, assustador e ameaçador
- Falta de privacidade
- Sons desconhecidos
- Odores desagradáveis
- Luminosidade permanente

SOCIAIS

- Separação da família, dos amigos e da escola
- Preocupação com a ausência na escola ou no trabalho
- Privação na manutenção de brincadeiras e distração habituais

VAMOS BRINCAR GERINDO AS EMOÇÕES!

AMBIENTE EM SINTONIA COM O MUNDO INFANTIL

- Brinquedos e objetos coloridos
- Pinturas coloridas com desenhos
- Músicas infantis
- TV com desenhos animados

ACOLHIMENTO NO HOSPITAL

- Apresentação e recepção calorosa
- Acolher com uma comunicação afetuosa e simpatia
- Mostrar disponibilidade

EXPRESSÃO DE AFETOS

- Recurso à linguagem dos “inhos” (chuchicha, fraldinha)
- Conhecer as preferências da criança (nome, brinquedos, vestuário)
- Postura carinhosa/ambiente familiar
- Uso de fardas coloridas
- Boa disposição e sorrisos

DESPEDIDAS CALOROSAS

- Expressão de afetos
- Fotografias para recordar
- Troca de lembranças ou objetos importantes para a criança com a equipa

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CONSULTA BIBLIOGRÁFICA
Díogo, P. (2012). Trabalho com emoções em enfermagem pediátrica - Um Processo de Metamorfoses de Experiência Emocional no Acto de Cuidar. Loures: Lusociência-Editorial Técnica e Científica.
Hart, R., Bar-Mat, G. & Shochat, M. (2003). The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. Journal of Pediatric Nursing, 209-214.
Mitt, R. & Gomez, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 147-154.
Elaborado por Ana Moreira
Estudante do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
FEBREIRO DE 2013
Professora Orientadora: Paula Diogo

KIT “DÓI QUE NÃO DÓI”



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013



IAC
Instituto de Apoio à Criança



O Instituto de Apoio à Criança - Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança tem o prazer de convidar V. Exa. para a apresentação do

Kit “Dói que não dói”

e do livro

“Zebedeu – Um Príncipe no Hospital”

da autoria de Rosário Alçada Araújo e ilustração de Carla Nazareth.



A sessão terá lugar **dia 29 de Novembro**, no Auditório do Montepio em Lisboa (Rua do Ouro), a partir das 16h30.

Agradecemos confirmação de presença através do telefone 21 380 7300 ou e-mail iac-humanizacao@iacrianca.pt até dia 23 de Novembro.

Humanização
dos serviços
de atendimento
à criança



AÇÃO DE FORMAÇÃO
CUIDAR DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA COM CANCRO:
O BRINCAR TERAPEUTICO NA GESTÃO DE EMOÇÕES
INTRODUÇÃO AO KIT DÓI QUE NÃO DÓI



Orientadora: Professora Paula Diogo
Elaborado por: Ana Moreira nº 3977
Lisboa, 2013

1. JUSTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Este momento surgiu no culminar de um percurso formativo, que apesar de **projetado no futuro**, não dispensa a sua estruturação com um planeamento sistemático, para posterior implementação e avaliação com eficácia. No entanto, poderá ser alvo de reestruturação e melhoramento. Na minha perspetiva, será fundamentalmente uma oportunidade de partilha e de reflexão conjunta entre todos os elementos participantes, formadores e formandos.

Os objetivos foram delineados a partir das necessidades que foram detetadas no levantamento junto do centro de formação da instituição, em que consultei os questionários de enfermeiros, os quais referiram no modelo que as suas necessidades incidiam nas diferentes temáticas como:

Na base desta formação dirigida à equipa de enfermagem do serviço de pediatria de um centro oncológico de referência da região de Lisboa existiu uma pesquisa teórica sobre o tema abordado, na busca do conhecimento para que a equipa de enfermagem se aproprie de competências que conduzem a boas práticas de enfermagem pediátrica. Inicialmente, estabeleci uma meta de partida que começa por sensibilizar a equipa para a importância da gestão de emoções através do brincar terapêutico. Deste modo, enquadra-se com pertinência a introdução teórica e prática do kit “Dói que não dói” como um instrumento concreto e aplicável nos cuidados pediátricos de enfermagem. Este kit materializa em si mesmo um conjunto de objetos lúdicos que representam várias vivências hospitalares (o internamento, o bloco operatório, entre outros) ou até mais especificamente, representam uma patologia, um tratamento ou um exame. Assim, a equipa de saúde é capacitada de meios concretos que proliferam a atividade lúdica no hospital, os quais apoiam e facilitam a preparação da criança e da família para os procedimentos dolorosos, enquanto parceiros no cuidar, em que a criança se torna um elemento ativo na sua participação, podendo ver, tocar, manusear e cheirar através desta abordagem sensorial. Neste momento de aprendizagem conjunta pretendo criar um espaço de reflexão sobre as práticas já implementadas, tornando-se num desafio para todos a gestão da emocionalidade no cuidar em enfermagem.

2. IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA DA FORMAÇÃO

O tema é “CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM CANCRO: O brincar terapêutico na gestão de emoções – 1ª Fase; Introdução do kit “Dói Que Não Dói” – 2ª fase”.

DATA E LOCAL

A ação decorrerá no 2º Semestre do ano de 2013, no serviço de pediatria de um centro de referência oncológico de Lisboa.

DURAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Uma hora e trinta minutos para cada fase da ação de formação, 1ª e 2ª Fase.
Uma hora de exposição e 30' de reflexão conjunta.

DESTINATÁRIOS

Os formandos serão toda a equipa de enfermagem do serviço de pediatria (internamento e unidade de ambulatório).

PRELETORES

Ana Moreira (Mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria da ESEL)

OBJECTIVOS GERAIS

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão de emoções no cuidar da criança e família com cancro, salientando o brincar terapêutico como estratégia no cuidar.

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de implementação do kit “Dói que não dói” nas práticas diárias.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Refletir sobre as principais estratégias utilizadas na gestão de emoções no cuidar da criança e da família com cancro.

Focar os principais contributos do brincar para o desenvolvimento infantil.

Dar a conhecer técnicas de distração e de comunicação, sobretudo nas idades pré-escolar e escolar (faixa etária mais predominante no serviço).

Reconhecer com a equipa, quais as estratégias já utilizadas, encontrando-se formas de melhorar as práticas de enfermagem.

Apresentar o Kit “Dói que não dói” e os seus materiais.

Exemplificar procedimentos da prática diária, com recurso aos materiais do kit.

Dar a conhecer exemplos de jogos/brincadeiras direcionadas para a idade pré-escolar e escolar.

ASSUNTOS A ABORDAR

Definição de emoções.

As emoções no cuidar em enfermagem.

Ambientes promotores da gestão de emoções.

Cuidar para o desenvolvimento, abordando o brincar terapêutico

Técnicas de comunicação e de distração, de acordo com a etapa de desenvolvimento.

Finalidade e Objetivos do kit “Dó que não dói”.

Material do kit “Dói que não dói”

MÉTODOS PEDAGÓGICOS

Método expositivo e interativo (espaço para a partilha de experiências e de sentimentos, esclarecimento de dúvidas, aceitação de sugestões)

RECURSOS PEDAGÓGICOS

Slide Show- Microsoft Office PowerPoint 2007;

CONCLUSÃO

Síntese dos conteúdos abordados.

Discussão e partilha de sentimentos e emoções (relação com as dificuldades da prática diária).

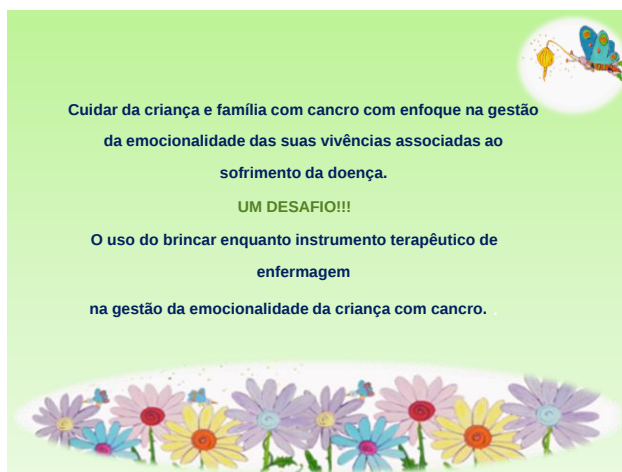
AValiação

Intervenção e observação direta dos enfermeiros.

Aplicação de um questionário à equipa, após a implementação efetiva do kit.

Aplicação prática do kt.

3. APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



AS DIFICULDADES DA PRÁTICA DIÁRIA ...

Falta de tempo (escassez de recursos humanos e maior preocupação com outras intervenções de enfermagem, que consideram prioritárias).

Falta de motivação relacionada com fatores de stress na prática diária.

Défice de conhecimentos.

FORMAÇÃO, UMA PRIORIDADE!!!!

Contribuir para minimizar o sofrimento emocional e potenciar as experiências emocionais positivas.



REFLEXO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS

OBJETIVOS GERAIS

- ☛ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão das emoções no cuidar da criança e família com cancro através do brincar terapêutico.
- ☛ Promover a incorporação do brincar terapêutico na preparação da criança e família com cancro para os procedimentos dolorosos.
- ☛ Uniformizar os cuidados de enfermagem na preparação da criança e família com cancro através da implementação teórica e prática do kit "Dói que não dói" no hospital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



- ✿ Refletir sobre as principais estratégias utilizadas na gestão de emoções no cuidar da criança e da família durante os processos de saúde doença.
- ✿ Focar os principais contributos do brincar para o desenvolvimento infantil.
- ✿ Exemplificar técnicas de distração e de comunicação, sobretudo nas idades pré-escolar e escolar.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS CONTINUAÇÃO ...



- ✿ Reconhecer com a equipa, quais as estratégias já utilizadas, encontrando-se formas de melhorar as práticas de enfermagem.
- ✿ Apresentar os objetivos do Kit “dói que não dói”
- ✿ Enaltecer os objetivos do Kit.
- ✿ Enumerar os brinquedos do kit.
- ✿ Demonstrar na prática a aplicação do kit.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cuidar em enfermagem

Cuidar em Pediatria

A criança e família
com
cancro

A Gestão da ansiedade
da sua vida

O BRINCAR TERAPÉUTICO

Kit “dói que não dói”



CUIDAR EM ENFERMAGEM



🔑 Cuidar é a essência de enfermagem.

🔑 O foco principal do cuidar são as relações humanas, em especial atenção para as transações entre a pessoa e o seu ambiente e na forma como estes elementos afetam a sua saúde e o seu bem estar.

🔑 Cuidar implica conhecer o outro, as suas limitações e necessidades, não significando apenas uma questão de boas intenções ou uma atenção calorosa.

🔑 Cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro.

(Watson, 2002)

CUIDAR EM PEDIATRIA



CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA/PARCERIA DE CUIDADOS

Reconhecer a família como uma constante na vida da criança. Apoiar, respeitar e salientar as potencialidades da família. Capacitar as famílias para a aquisição de novas capacidades e competências para atenderem às necessidades da criança (Hockenberry e Wilson 2011).

Aceitar cada família como única e como fonte de bem-estar para a criança, apoiando as suas forças e ajudando a viver a experiência de doença de forma positiva (Harrisson, 2010).



CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Os cuidados atraumáticos implicam intervenções no cuidar que eliminam ou minimizam o sofrimento psicológico e físico enfrentado pela criança e sua família (Hockenberry e Wilson, 2011).

Os enfermeiros contribuem para uma experiência atraumática, ao considerarem as necessidades emocionais e sociais de cada criança e família, recorrendo a técnicas de comunicação e de relação, como as estratégias criativas e os brinquedos (Fontes, 2010).



Todas as intervenções devem evitar ou minimizar qualquer stresse físico e emocional da criança e família, proveniente da vivência da doença (Gomes, 2004).

Cuidar a pessoa como um todo, para acesso ao corpo, à mente e à alma (Watson, 2002).



A CRIANÇA E FAMÍLIA COM CANCRO



ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



- Doença crónica e rara na criança.
- Diversos tipos de tratamento (Radioterapia, Quimioterapia, Cirurgias).
- Inúmeros procedimentos dolorosos (punção venosa, punção lombar, injeções, pensos, entre outros).
- Internamentos frequentes e prolongados, por vezes, em isolamento.
- Elevado número de visitas ao Hospital de Dia.

O CANCRO NA IDADE PEDIÁTRICA...



O cancro não escolhe pessoas, géneros ou profissões podendo ocorrer em qualquer idade.

Barros, 2008

Doença rara na criança, mas a literatura descreve-a como a segunda causa de morte e incapacidade, depois dos acidentes nos países desenvolvidos.

Alto Comissariado da Saúde, 2009; Direcção Geral da Saúde, 2002; Prazeres et al, 2005

Doença grave e crónica que agrega representações sociais ligadas ao sofrimento intenso.

Barros, 2008

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



A doença oncológica na criança envolve grande complexidade de tratamentos, com uma maior especialização de recursos humanos e estruturais. - as hospitalizações são frequentes para a implementação dos tratamentos.

Consequências da doença na vida da criança:

- **Físicos** (alopécia, mucosite, edema, diminuição de peso);
- **Emocionais** (saudades de casa, da família, dos brinquedos preferidos);
- **Sociais** (ausência da escola, separação dos colegas e amigos).

Gomes, 2004

DOENÇA CRÔNICA



As experiências de doença crônica, de tratamentos e hospitalizações implicam a interrupção das rotinas quotidianas e familiares...a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de administrar tratamentos assustadores e dolorosos e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos.

Barros, 2003

Apesar do avanço tremendo nos cuidados pediátricos, muito do que é feito com as crianças para curar a doença e prolongar a vida é traumático, desagradável, ameaçador e implica procedimentos dolorosos.

Hockenberry e Wilson, 2011

HOSPITALIZAÇÃO



Situação de crise que a criança e família enfrentam.

Vários fatores influenciam esta vivência (estadio de desenvolvimento, a situação anterior de doença e/ou hospitalização, os mecanismos de coping existentes, gravidade do diagnóstico e suporte emocional disponível).

Perda de controlo sobre as situações, está relacionada com a restrição física, rotinas alteradas e dependência.

Reações emocionais comuns das crianças à hospitalização: medo, tristeza, regressão, diminuição da autoestima, angústia, irritabilidade, sensação de abandono, ligação excessiva a um familiar.

Hockenberry e Wilson, 2011

A HOSPITALIZAÇÃO E CONFRONTO COM OS PRINCIPAIS STRESSORES



FÍSICOS:

- Dor e desconforto induzidos por procedimentos dolorosos;
- Imobilização, por exemplo, uso de contenções, repouso no leito;
- Privação do sono;
- Incapacidade ou impedimento para comer ou beber;
- Alterações nos hábitos de eliminação urinária e intestinal.

PSICO- EMOCIONAIS:

- Falta de privacidade;
- Incapacidade de manter uma comunicação eficaz (por exemplo, se a criança estiver entubada);
- Conhecimento inadequado da situação vivenciada;
- Compreensão da gravidade;
- Comportamento dos pais (expressão de preocupação).

CONTINUAÇÃO...



AMBIENTAIS:

- Ambiente desconhecido, assustador e ameaçador, com a entrada e saída de muita gente e pessoas desconhecidas;
 - Partilha do mesmo espaço com pessoas desconhecidas;
 - Sons desconhecidos, como o ruído de monitores, telefones, computadores, comentários de profissionais, risos, choro, vômitos;
 - Odores desagradáveis, por exemplo, o cheiro a álcool, a outros desinfetantes ou odores corporais;
 - Luminosidade permanente com interferência no ritmo dia e noite;
- Assistência a situações de urgência, não relacionada com a própria criança).

SOCIAIS:

- Separação do ambiente da família, amigos e da escola;
- Preocupação com a ausência na escola ou no trabalho;
- Privação na manutenção de brincadeiras e distração habituais.

GESTÃO DE EMOÇÕES





O enfermeiro é confrontado com situações emocionais intensas e com o sofrimento emocional, com a emoção e o sentimento do outro e com as suas próprias emoções e sentimentos.

A compreensão das emoções e dos sentimentos é necessária para reduzir o sofrimento humano e engrandecer as suas experiências.

Diogo, 2006

É importante implementar estratégias e movimentar recursos para minimizar esta experiência emocionalmente intensa, recorrendo ao brincar terapêutico.

Fontes, 2010



A experiência emocional na prestação de cuidados assenta na comunicação, na relação com o outro, na libertação e no encontro dos sentimentos com todos os sentidos.

Damásio, 2003

A chave para o bem-estar emocional assenta não em evitar todos os sentimentos desagradáveis, mas sim em educar as emoções, de forma a impedir que os sentimentos negativos dominem.

Mercadier, 2004

É importante considerar não só as emoções que a criança exterioriza, como também os sentimentos ocultos que podem estar presentes, para compreendermos a totalidade da experiência emocional da criança.

A criança deve expressar as suas emoções negativas, reconhecê-las e geri-las de forma saudável, promovendo assim o seu bem-estar emocional.

Diogo, 2010



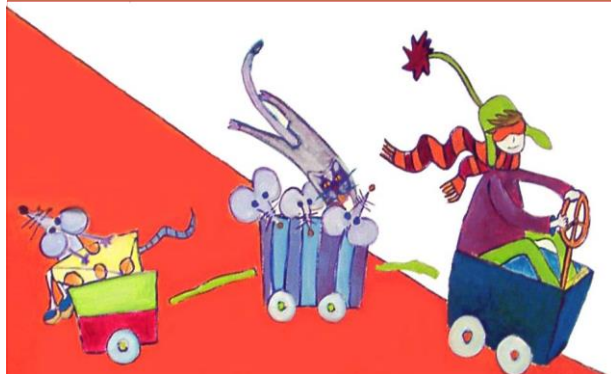
Uma das ações/interações realizada com intencionalidade no cuidar para a gestão de emoções intensas de forma positiva é a **“sintonia com o mundo infantil”**.

Diogo, 2012

O brincar é fundamental na gestão das emoções da criança ao promover o relaxamento, a expressão emocional e a distração. O brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças e que tem o potencial de diminuir o sofrimento durante a experiência de hospitalização.

Barros, 2003

O BRINCAR TERAPÊUTICO

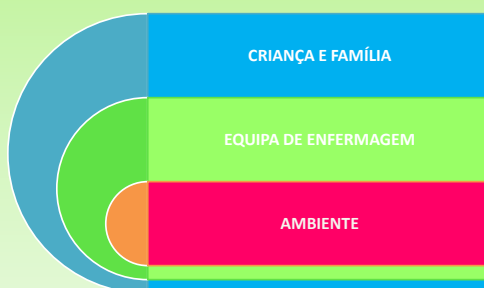


UMA DEFINIÇÃO

“É uma modalidade livre ou dirigida... para ajudar as crianças a lidarem com suas as preocupações e medos,(...) e ajuda a enfermeira a obter informações sobre as suas necessidades e sentimentos”.

Hockenberry e Wilson, 2011

BENEFÍCIOS DO BRINCAR TERAPÊUTICO



CONTINUAÇÃO...



Permite a socialização da criança.

“BRINCAR é um meio de aprender a viver e não um mero passatempo”. (Declaração sobre a Criança e o Direito de Brincar da IPA, 1989)

Promove o bem-estar físico e emocional da criança através da expressão de sentimentos e desconstrução de medos.

CONTINUAÇÃO...



A criança colabora com o enfermeiro.

A criança desenvolve uma maior segurança e aceitação face aos tratamentos.

Facilita a adaptação da criança e da família à doença, reduzindo os traumas da hospitalização.

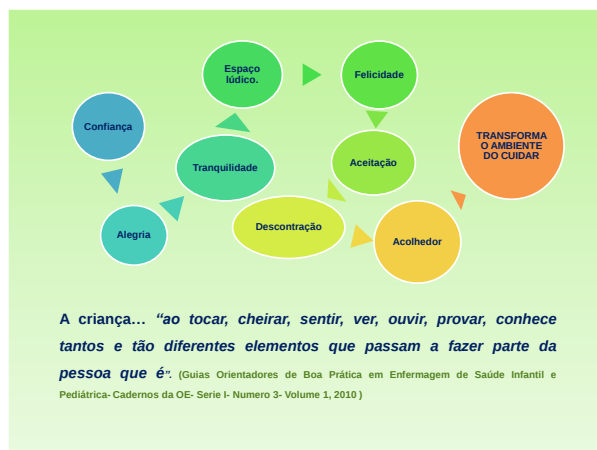
“BRINCAR é comunicação e expressão, associando pensamento e ação; dá prazer e sentimento de realização.” (Declaração sobre a Criança e o Direito de Brincar da IPA)

BENEFÍCIOS PARA A EQUIPA DE ENFERMAGEM

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

“... O brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação... O brincar tem um tempo e um lugar” (Winnicott, 1989).

A criança aceita o enfermeiro como uma pessoa, que não realiza apenas procedimentos dolorosos (maior confiança, diminuição do medo e ansiedade).



BRINCAR É COMUNICAR



ESTRATÉGIAS GERAIS DE COMUNICAÇÃO

Preparação para os procedimentos dolorosos

1. Avaliar os conhecimentos e a informação que a criança e a família já possuem.
2. Evitar a sobrecarga com informação excessiva, utilizando uma linguagem ajustada à idade e nível de desenvolvimento da criança, bem como às necessidades e receptividade da família.
3. Utilizar uma linguagem com concretos e não abstratos, com a possibilidade de se recorrer a recursos visuais para explicar o pretendido.
4. Evitar palavras que constituem uma ameaça para a criança, esclarecendo-se todas as palavras desconhecidas.

CONTINUAÇÃO...

- 5. Mencionar as informações que podem aumentar os níveis de ansiedade na criança e da família no final do esclarecimento.
- 6. Envolver a criança e a família no procedimento, utilizado materiais lúdicos na preparação da criança.
- 7. Orientar a família de como pode colaborar no procedimento, quanto à imobilização e interação com a criança.
- 8. Recorrer ao material lúdico para explicar o procedimento, por exemplo, usar uma boneca.



CONTINUAÇÃO...

- 9. Salientar quando o procedimento envolve apenas uma parte do corpo e não à sua totalidade.
- 10. Informar a possibilidade ou a perda da sua funcionalidade, se aplicável (por exemplo, se a criança).
- 11. Enfatizar os aspetos sensoriais do desenvolvimento da criança, como o que pode sentir, ver, ouvir, cheirar e tocar.
- 12. Treinar com a criança a forma de como pode colaborar no procedimento (por exemplo, treinar previamente a respiração profunda).



CONTINUAÇÃO...

- 13. Não colocar no campo de visão da criança o material utilizado no procedimento.
- 14. Ser honesto com a criança e família quanto aos aspetos desagradáveis do procedimento (o mesmo procedimento provoca sensações diferentes em cada criança).
- 15. Valorizar os aspetos positivos do fim do procedimento (por exemplo, depois da pica vais embora para casa).
- 16. Valorizar o comportamento da criança antes, durante e no final do procedimento através do reforço positivo.



EXEMPLO PRÁTICO...

Linguagem não ameaçadora

- ✿ Picar – colocar um remédio debaixo da pele
- ✿ Monitor – televisão
- ✿ Maca – cama com rodinhas
- ✿ Suporte de soros – “Boby”
- ✿ Dor – “dodói”
- ✿ Órgão – Lugar especial do corpo



TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO CRIATIVAS

EXEMPLOS

- ✿ Técnica da terceira pessoa
- ✿ Jogo de associação de palavras
- ✿ Completar frases
- ✿ Jogo dos sonhos
- ✿ Jogo dos três desejos...
- ✿ Respirar fundo (Apagar as velas de um bolo; vamos fazer bolinhas de sabão; fazer de lobo mau...).

KIT DÓI QUE NÃO DÓI



INTRODUÇÃO DO KIT “DÓI QUE NÃO DÓI”

📌 Implementação do “kit! No serviço de Pediatria do Ipo com vista à uniformização de cuidados ao nível hospitalar na preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos.

1ª fase- Teórica

2ª fase- Teórica e prática

3ª fase- Acompanhamento na aplicação prática

OBJETIVOS DO KIT

- 📌 Sensibilizar a equipa de saúde para o uso do brincar terapêutico na preparação da criança e a família para os diversos procedimentos dolorosos realizados no hospital.
- 📌 Fortalecer o papel parental durante a hospitalização, enquanto parceiros no cuidar da criança.
- 📌 Disponibilizar material lúdico adequado à idade e desenvolvimento criança utilizado na preparação da criança para os procedimentos dolorosos, como intervenção não farmacológica.

MATERIAIS DO KIT

- 📌 Bonecos Playmobil® para a criança manipular, em que são representadas vários contextos do ambiente hospitalar, como um serviço de pediatria, uma consulta, um bloco operatório.
- 📌 Material médico diversificado, como por exemplo, máscaras, seringas, luvas, garrotes.
- 📌 Bonecos com órgãos extraíveis, que permitem a explicação das várias patologias.
- 📌 Bonecos que representam patologias específicas (oncologia- boneco sem cabelo, ortopedia- boneco com gesso).

KIT DÓI QUE NÃO DÓI

- Facilita a comunicação com criança e família.
- Proporciona um ambiente para minimizar o medo, as dúvidas e a ansiedade face a um procedimento doloroso.
- Permite a abertura para uma relação terapêutica com a expressão de sentimentos e emoções.
- Informa e tranquiliza a criança face ao inesperado e incerteza da hospitalização.

HUMANIZAÇÃO DE CUIDADOS BOAS PRÁTICAS EM ENFERMAGEM



CONSULTA BIBLIOGRÁFICA

- A Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989
- Alto Comissariado da Saúde, 2009. Direcção Geral da Saúde, 2002; Prazeres et al, 2005
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica-Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI-Sociedade Médica-Psicológica.
- Barros, S. (2008). *O Contributo do Enfermeiro no Processo Adaptativo do Adolescente a uma Doença Oncológica*. Dissertação para a obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Damião, A. (2003). *Ao encontro de espíritos, as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Formosa: Coimbra.
- Diogo, P. (2010). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento em Enfermagem
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com emoções em enfermagem pediátrica - Um Processo de Metamorfose de Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Declaração sobre a Criança e o Direito de Brincar da IPA, 1989
- Fontes, C.; Mondim, C.; Moraes, M.; Bachega, M. & Maximino, N. (2010). A utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Educação Especial*. vol. 16 no.1. Marília Jan./Apr.
- Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos da OIE- Série I- Número 3- Volume 1, 2010
- GOMES, V.F. (2004). Stress e Relações Familiares na Perspectiva de Irmãos de Indivíduos com Transtornos Globais do Desenvolvimento. *Estudos de Psicologia, Natal, RN, UFRN*, 9, n.3, pp.353-361.
- Harrison, TM. (2010) Family-centered pediatric nursing care: state of the Science. *J Pediatric Nurs*, 25(5): 335-42.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Mercader, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar - O corpo, ângulo da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Winnicott, D. (1989). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora