



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

**A promoção da esperança nos pais de crianças com
necessidades especiais de saúde: uma intervenção
especializada de Enfermagem**

Inês Eliana Pinto Cavalaria

—

**Lisboa
2021**



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

**A promoção da esperança nos pais de crianças com
necessidades especiais de saúde: uma intervenção
especializada de Enfermagem**

Inês Eliana Pinto Cavalaria

Orientador: Prof^a Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A esperança, só a esperança, nada mais, chega-se a um ponto em que não há mais nada senão ela, é então que descobrimos que ainda temos tudo.”

José Saramago

Agradecimentos

Gostaria de deixar uma palavra de agradecimento e amizade a todos os que contribuíram de alguma forma ao longo deste processo de aprendizagem.

À Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão pela disponibilidade e amabilidade com que sempre me presenteou.

A todas as orientadoras de estágio, pela partilha e momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

Às minhas colegas de trabalho que me incentivaram desde o início, em particular a Maria Inês Jorge e a Carina Batista.

Ao meu grupo do mestrado, que continuemos a caminhar lado a lado, dando esperança umas às outras.

Aos meus pais, irmão, amigos e namorado que compreenderam as minhas ausências e me apoiaram sempre durante este processo.

Às crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias, que me inspiram a querer saber mais e que terão sempre um lugar no meu coração.

Resumo

Um crescente aumento no número de crianças com necessidades especiais de saúde tem vindo a impor uma maior exigência de cuidados. A complexidade nos cuidados a estas crianças, torna-se muitas vezes difícil de gerir pelos pais e famílias, com consequências a vários níveis (Nóbrega et al., 2010; McElfresh & Merck, 2014). Mas se por um lado o cuidado parental a crianças com necessidades especiais de saúde está associado a piores resultados em saúde dos pais dessas crianças, a positividade e a esperança assumem-se como fundamentais para os mesmos (Kepreotes et al., 2010; Cohn, et al., 2020). O papel positivo que a esperança exerce sobre a vida, a saúde e a doença é amplamente reconhecido e isso é significativo na enfermagem quando o objetivo é promover a saúde e o bem-estar das pessoas (Farran et al., 1995 as cited in Magão, 2012; Hammer et al., 2009).

Reconhecendo os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos como fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem, é fundamental o desenvolvimento de intervenções que promovam o conforto nas suas várias dimensões. Tendo em conta a Teoria de Conforto de K. Kolcaba esse conforto pode ser alcançado atingindo o alívio, a tranquilidade e a transcendência nos vários contextos e para isso a promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde é fundamental.

O presente relatório, elaborado no âmbito do 11º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, revela o percurso formativo ao longo do qual se pretendeu desenvolver competências de enfermeiro especialista, particularmente na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tendo sido utilizada a metodologia de projeto para o desenvolvimento de competências. Neste sentido, ao longo do período de estágio foram sendo desenvolvidas várias atividades, nomeadamente de pesquisa bibliográfica, divulgação e dinamização de estratégias, instrumentos ou evidência científica, prestação de cuidados e reflexão que pretenderam responder aos objetivos propostos para este percurso, contribuindo também para adquirir e consolidar conhecimentos e competências para o desenvolvimento de uma prática de prestação de cuidados especializada.

Palavras-chave: “Esperança”; “Pais”; “Enfermagem pediátrica”; “Conforto do paciente”.

Abstract

A growing increase in the number of children with special health care needs has been imposing a greater demand for care. The complexity of the care in these children is often difficult for parents and families to manage, with consequences at various levels (Nóbrega et al., 2010; McElfresh & Merck, 2014). However, if, on the one hand, parental care for children with special health needs is associated with worse health outcomes for these children's parents, positivity and hope are essential for them (Kepreotes et al., 2010; Cohn, et al., 2020). The positive role that hope plays in life, health and disease is widely recognised and this is significant in nursing when the goal is to promote people's health and well-being (Farran et al., 1995 as cited in Magão, 2012; Hammer et al., 2009).

Recognising family-centred care and non-traumatic care as fundamental to the provision of nursing care, it is essential to develop interventions that promote comfort in its various dimensions. Considering K. Kolcaba's Theory of Comfort, this comfort can be achieved by reaching relief, tranquillity, and transcendence in the various contexts, and, to this end, the promotion of the hope of parents of children with special health care needs is essential.

This report, which was developed within the scope of the 11th Master's Degree in Nursing in the Specialisation Area of Child Health and Paediatric Nursing, reveals the training process during which the aim was to develop expert nurses' skills, particularly in child health and paediatric nursing. In this sense, several activities were developed throughout the internship period such as bibliographic research, dissemination and promotion of strategies, instruments or scientific evidence, provision of care, and reflection that aimed to meet the proposed objectives for this journey, while contributing to acquire and consolidate knowledge and skills for the development of a specialized nursing practice.

Keywords: "Hope"; "Parents of chronically ill children"; "Parents of Disabled Children"; "Paediatric Nursing"; "Comfort".

Lista de abreviaturas e siglas

CCF – Cuidados centrados na família

CDI – Centro de desenvolvimento infantil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT – Cuidados não traumáticos

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IAC - Instituto de Apoio à Criança

ICN – International Council of Nurses

NES – Necessidades Especiais de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Recém-nascido

SN – Serviço de neonatologia

SPM – Serviço de pediatria médica

SUP – Serviço de urgência pediátrica

UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO	10
1.1 Filosofia dos cuidados em enfermagem pediátrica	10
1.2 O conforto segundo a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	12
1.3 A promoção da esperança em enfermagem.....	14
1.4 Os pais de crianças com necessidades especiais de saúde	17
2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO	19
3. METODOLOGIA	22
4. DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	24
4.1 Serviço de neonatologia	25
4.2 Serviço de urgência pediátrica	31
4.3 Serviço de pediatria médica	34
4.4 Unidade de cuidados de saúde personalizados.....	38
4.5 Centro de desenvolvimento infantil.....	43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES	

Índice de apêndices

Apêndice I	Guia orientador de estágio
Apêndice II	Cronograma do percurso de estágio
Apêndice III	Proposta de implementação do um projeto - a carta terapêutica
Apêndice IV	Dossier temático da esperança no SUP
Apêndice V	Jornal de aprendizagem
Apêndice VI	Proposta de implementação do <i>Journal Club</i>
Apêndice VII	Estudo de caso da esperança
Apêndice VIII	Poster em língua portuguesa
Apêndice IX	Poster em língua inglesa
Apêndice X	Dossier temático da esperança no CDI

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) espelhando o percurso de desenvolvimento de competências necessárias para a prestação de cuidados especializados em enfermagem, particularmente na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica e obtenção do grau de mestre.

O tema do relatório vem de encontro a uma inquietação da minha prática de prestação de cuidados, onde ao longo do tempo, me tenho deparado com situações cada vez mais complexas, crianças com planos de cuidados cada vez mais extensos e internamentos cada vez mais longos com consequências a nível familiar. Neste sentido, as dificuldades têm constituído uma realidade no que se refere à criança com necessidades especiais de saúde (NES) e suas famílias. Assim sendo, senti a necessidade de desenvolver um processo formativo que me permitisse adquirir conhecimentos que contribuíssem para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O título deste relatório “A promoção da esperança nos pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma intervenção especializada de Enfermagem”, pretende evidenciar um percurso formativo, que embora de desenvolvimento de competências comuns e específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), tem como foco de atenção a promoção da esperança dos pais de crianças com NES.

O relatório está organizado em capítulos e subcapítulos sendo o primeiro o enquadramento teórico-científico onde se desenvolve a temática, seguindo-se a definição da problemática e objeto de estudo, a metodologia, a descrição e análise crítica do percurso de formação que engloba a aquisição de competências de EEESIP. Seguem-se as considerações finais e os projetos futuros e no final as Referências bibliográficas, organizadas de acordo com a 7ª edição da Norma da *American Psychological Association*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO

Este capítulo pretende enquadrar o projeto conceptualmente e de acordo com o referencial teórico de enfermagem, considerando o contributo da mais recente evidência científica sobre o tema. O enquadramento teórico-científico é fundamental para alicerçar a aprendizagem de competências e o desenvolvimento de uma prática de enfermagem especializada, em particular na área da saúde infantil e pediatria.

1.1 Filosofia dos cuidados em enfermagem pediátrica

Na conceção atual dos cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o cuidado à criança e ao jovem é indissociável do cuidado à família. A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada prevê que a criança tenha o “direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2004, p. 8), o que vai ao encontro da atual filosofia de cuidados em enfermagem infantil e pediátrica. Os cuidados centrados na família (CCF), reconhecem a família como constante na vida da criança abraçando as dificuldades, as forças, as capacidades e as necessidades de todos os membros da família no cuidado à criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), o reconhecimento da criança como ser vulnerável, a valorização dos pais ou pessoa significativa como os principais prestadores de cuidados e a preservação da segurança e do bem-estar da criança e família para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, permitem o estabelecimento de uma parceria de cuidados efetiva. Em concordância com isto, Mendes & Martins (2012) reforçam a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, mas também para o desenvolvimento do próprio cuidado em enfermagem.

Assim, os CCF permitem a criação de oportunidades e meios para a capacitação das famílias para o desenvolvimento ou otimização das suas competências, em resposta às necessidades da criança, do jovem e da própria família. O empoderamento das famílias na gestão das suas vidas auxilia o reconhecimento das suas próprias habilidades e fortalece o sentido de controlo (Hockenberry & Barrera, 2014).

O EEESIP trabalha em parceria com a criança e família ou pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível. Presta cuidados à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à família ou pessoa significativa. Para isso, utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando este binómio como beneficiário dos seus cuidados e considerando a natural dependência da criança e a sua progressiva autonomização. A parceria que estabelece com ambos é promotora da otimização da saúde, no sentido de adequar o regime terapêutico e promover a parentalidade (Regulamento nº422, 2018).

A parceria de cuidados e os CCF que norteiam a prática do EEESIP, podem trazer benefícios não só para as crianças, mas também para as suas famílias e para os próprios profissionais. Park et al. (2018), com o objetivo de sintetizar os achados de revisões sistemáticas da literatura sobre os efeitos das intervenções com base nos cuidados centrados no doente, concluíram que os CCF estão associados a uma redução de stress, ansiedade e depressão e a um aumento da satisfação e fortalecimento das relações com os profissionais. Concluíram também que os CCF aumentam a satisfação e a confiança no trabalho, refletindo-se em melhorias na qualidade do cuidado, reduzindo ao mesmo tempo os níveis de stress e *burnout*.

Igual importância assumem as intervenções que minimizam ou eliminam o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e pela família em qualquer contexto de cuidado, isto é, os cuidados não traumáticos (CNT). Estas intervenções revestem-se de extrema importância na humanização dos cuidados, minimizando o impacto de situações potencialmente negativas para crianças, jovens e famílias. O objetivo destas intervenções é não causar dano, obedecendo a três princípios: prevenir ou minimizar a separação entre a criança e a sua família; promover a sensação de controlo e prevenir ou minimizar a dor ou lesão corporal (Hockenberry & Barrera, 2014). O Regulamento nº422 (2018) vai de encontro aos CNT quando define que o EEESIP faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, favorecendo assim o conforto.

Os CFF e os CNT enquadram-se também numa perspetiva ética de humanização dos cuidados, presente no código deontológico do enfermeiro, artigo 110.º, em que o

enfermeiro, assume o dever de: “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e “ b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Lei nº 156, 2015, p. 8080).

1.2 O conforto segundo a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

O termo conforto é muitas vezes associado, nos diferentes contextos da prática de enfermagem, apenas à dimensão física da pessoa. O International Council of Nurses (ICN) define conforto na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como uma “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (2010, p.45). Também o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados sinónimos de conforto. Ao invés, o desconforto é associado à presença e sensação de dor e é tipicamente associado à não satisfação de algumas necessidades que, quando satisfeitas, resultam na experiência de conforto (Apóstolo, 2009).

Embora sempre tenha sido atribuída importância ao conforto ao longo da história da enfermagem, onde é dada atenção a questões como o conforto físico, mental ou ambiental, o seu significado permaneceu implícito ou apresentado de forma ambígua (Dowd, 2014). Num artigo de análise do conceito Kolcaba & Kolcaba (1991) sintetizaram algumas das noções teóricas de enfermagem sobre o tema, clarificando três concepções que se iriam assumir como basilares: o alívio, a tranquilidade e a transcendência.

A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba compreende quatro conceitos meta paradigmáticos: enfermagem, cliente, ambiente e saúde. A enfermagem é entendida como a avaliação intencional das necessidades de conforto dos clientes, famílias ou comunidades, com planeamento de medidas de conforto adequadas às necessidades e reavaliação dos níveis de conforto após implementação de medidas de conforto, comparando com um patamar anterior. O cliente é definido com um indivíduo, família, instituição ou comunidade com necessidades ao nível de cuidados de saúde. Os enfermeiros podem ser destinatários de maior conforto no local de trabalho quando iniciativas para melhorar as condições de trabalho são realizadas. O ambiente engloba os aspetos do meio envolvente do paciente, família, instituição ou comunidade que afetam

o conforto e que podem ser trabalhados, no sentido de o aumentar. A saúde é entendida como o funcionamento ótimo do indivíduo, família, prestador de cuidados de saúde ou comunidade, que é facilitado pelo conforto aumentado (Dowd, 2014).

Esta teoria assenta sobre as premissas de que os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos e que o conforto é um resultado holístico desejável, que é relevante para a disciplina de enfermagem. O conforto é uma necessidade humana, que as pessoas se esforçam por alcançar e maiores níveis de conforto favorecem os comportamentos de procura de saúde e influenciam positivamente a satisfação relativamente aos cuidados de saúde (Dowd, 2014; Kolcaba, 2003).

Nesta teoria o conforto é entendido como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente ao alívio, à tranquilidade e à transcendência. O estado de alívio é atingido quando uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade corresponde a um estado de calma ou satisfação necessário para um desempenho eficiente. A transcendência é atingida quando a pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. De acordo com uma perspetiva holística, estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais. Abarca aspetos que afetam o estado físico da pessoa ou os seus mecanismos homeostáticos, tais como, o descanso e o relaxamento, os tratamentos, os níveis de eliminação e de hidratação, a oxigenação celular e outros indicadores metabólicos. O contexto psicoespiritual abrange não só a consciência interior de si mesmo, incluindo autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida, mas também a relação com um ser ou ordem superior. O contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais bem como aos aspetos financeiros. O contexto ambiental engloba as condições do meio, tais como, a luz, o ruído, o equipamento, a cor, a temperatura, os elementos identificadores do tempo e do espaço e os elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba 2001; Kolcaba, 2003; Kolcaba et al., 2006; Dowd, 2014).

Em 2002, Kolcaba e Wilson, elencaram três tipos de medidas de cuidado de conforto: medidas de conforto técnico, medidas de conforto para a alma e coaching. As

medidas de conforto técnico são aquelas elencadas para manter a homeostasia e gerir a dor. Estas medidas são destinadas a ajudar o paciente a manter ou a voltar a atingir funções fisiológicas e conforto e a prevenir complicações. As medidas de conforto para a alma que se destinam a alcançar a transcendência através do estabelecimento de intervenções que fortalecem os pacientes para tarefas difíceis. Este tipo de intervenções pode incluir adaptações do ambiente para o tornar mais pacífico e tranquilo, musicoterapia, massagem, imaginação guiada, entre outras. O *coaching* é uma medida de conforto que se destina a aliviar a ansiedade, fornecer informação, instilar esperança, ouvir as preocupações do outro e ajudar na preparação realista para a recuperação (Kolcaba & Wilson, 2002 as cited in Kolcaba, 2003).

Estas medidas de conforto são também abordadas em alguns artigos recentes por Bice & Wyatt (2017) que se referem a intervenções de conforto holísticas na realização de procedimentos invasivos em enfermagem pediátrica. Com este artigo é reforçada a importância da distinção entre a gestão holística do conforto e as medidas de alívio da dor, já que a primeira engloba toda a experiência da criança que tem de ser submetida à realização de um procedimento invasivo e que sente não só dor, mas também angústia e medo. Segundo Bice (2019) devido ao largo espectro de diferenças nas crianças ao nível cognitivo, emocional, físico e neurológico, assim como aos efeitos de várias doenças que levam a alterações do crescimento e/ou desenvolvimento, as crianças requerem que as intervenções de conforto sejam adequadas ao seu estágio de desenvolvimento.

A promoção de esperança dos pais, crianças e famílias surge assim, de forma sustentada, como uma forma de providenciar conforto. Tanto as crianças como os cuidadores necessitam de conforto a vários níveis e os enfermeiros devem centrar a sua atenção em intervenções que os ajudem a obtê-lo.

1.3 A promoção da esperança em enfermagem

A esperança, entendida como conceito fronteira, tem sido largamente explorada em filosofia, teologia e psicologia. De acordo com Cutcliffe & Herth (2002), que analisaram a produção científica, teórica e empírica, em saúde, várias tentativas têm sido feitas no sentido de definir e compreender a esperança desde a década de 60 do século XX. Lynch

(1965) as cited in Culcliffe e Hearth (2002) descreve a visão espiritual da esperança e sugere que a esperança se aproxima do que é a própria essência do ser humano. Já Stotland (1969) as cited in Culcliffe e Hearth (2002) indica que embora exista uma consciência do papel da esperança na vida quotidiana, o assunto não é tido em conta pelas correntes dominantes da psicologia e da psiquiatria. Na década de 80 do século XX, os estudos foram conduzidos de forma a definir a esperança em grupos específicos, acabando também por ser abordada no âmbito da enfermagem por vários autores entre eles, Dufault & Martocchio.

A esperança é entendida por estas autoras como uma “força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo” (Dufault & Martocchio, 1985, p. 390). Ao analisarem uma população de doentes oncológicos, estas autoras, enquadram o fenómeno em duas esferas. A primeira refere-se à esperança generalizada onde existe relação com algum benefício no futuro, sem ligação a um objeto. A segunda esfera refere-se à esperança particularizada que se relaciona com um objeto de esperança, um resultado específico e que é valorizado. Segundo as mesmas autoras, para ambas as esferas da esperança, são definidas seis dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, relacional, temporal e contextual. A primeira, a dimensão afetiva, contempla emoções e sentimentos e contempla também incertezas. A dimensão cognitiva tem que ver com os processos cognitivos através dos quais a pessoa define objetivos, avaliando a realidade e identificando os fatores de inibição e promoção de esperança. Por sua vez, a dimensão comportamental consiste na motivação para atingir os resultados esperados nos domínios físico, psicológico, social e espiritual. A dimensão relacional inclui, por sua vez, elementos de interação social, reciprocidades, interdependência, vinculação e intimidade, é aquela que é orientada para os outros, englobando a transcendência de si mesmo. Por fim, a dimensão temporal é focalizada na experiência pessoal passada ou presente, sendo a esperança direcionada para o futuro e a dimensão contextual engloba as situações de vida que rodeiam, influenciam e fazem parte do conceito de esperança da pessoa (Dufault & Martocchio, 1985).

A esperança é também definida como uma experiência humana complexa e universal, inerente à própria condição humana, caracterizada como uma resposta

humana básica e essencial na adaptação à doença (Cutcliffe & Herth, 2002). Nesse sentido, tanto pode ser entendida como uma resposta emocional simples a uma variedade de experiências humanas, como compreender um significado abstrato, complexo e sustentador da vida (Bally, 2012; Magão, 2012). Assim, se popularmente se diz que “enquanto há vida há esperança”, em enfermagem, vários autores realçam a promoção da esperança como uma atividade fundamental. Segundo Kylma & Juvakka (2007), os profissionais de saúde devem promover a esperança porque esta ajuda a sustentar vida, podendo deste modo afirmar-se que promover a vida é também promover a esperança.

Em enfermagem, o fenómeno é entendido como multidimensional, dinâmico e que varia de acordo com experiências anteriores, ambientes culturais e estágio de desenvolvimento (Leite et al., 2019). O papel positivo que a esperança exerce sobre a vida, a saúde e a doença é amplamente reconhecido e isso é significativo para a enfermagem quando o objetivo é promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Por este motivo, os enfermeiros têm sido permanentemente citados como promotores da esperança, por parte de clientes em diferentes fases do ciclo de vida (Hammer et al., 2009; Cavaco, et al., 2010; Farran et al., 1995 as cited in Magão, 2012)

De acordo com a CIPE, a Esperança é “Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (2010, p. 58). Neste sentido, define como linhas de intervenção no seio da promoção da esperança: aconselhamento sobre esperança e promover a esperança (ICN, 2010).

Num artigo de Bally (2012) com o objetivo de analisar os pontos fortes e as limitações dos paradigmas comuns de investigação utilizados no estudo da esperança de pais de crianças portadoras de doença é mais que reconhecido o papel da esperança nestes pais. O mesmo artigo ressalva também que a esperança desempenha um papel essencial na gestão da saúde, doença e experiência de cuidados dos indivíduos, tornando assim urgente a procura por estratégias para a promoção de esperança junto das crianças, jovens e famílias.

1.4 Os pais de crianças com necessidades especiais de saúde

O conceito de criança com NES tem vindo a ser refinado nas últimas décadas, o que se reflete numa panóplia de termos utilizados. A literatura contempla vários termos para classificar e descrever as crianças com NES, tais como crianças com “doenças não comunicáveis”, “doenças crónicas”, “condições crónicas”, “dependentes da tecnologia” ou “com incapacidade” (Coffey, 2006; McElfresh & Merck, 2014; Augusto, et al. 2020; Organização Mundial de Saúde, 2021). Atualmente a criança com NES é entendida como aquela que possui ou se encontra em risco de possuir uma condição crónica a nível físico, emocional, comportamental ou de desenvolvimento, mas também aquela que requer cuidados de saúde para além dos que são requeridos pelas crianças em geral (McElfresh & Merck, 2014; Hughes, 2014; Alves et al., 2017).

Segundo Nóbrega et al. (2010) são diversas as necessidades e dificuldades dos pais destas crianças, tais como o abandono do emprego e consequentes necessidades financeiras, redução ou interrupção dos momentos de lazer, incompreensão social e familiar, sobrecarga do cuidador principal e consequente necessidade de apoio e também desestruturação familiar com relacionamentos fragilizados e consequente repercussão negativa em toda família. Os efeitos no funcionamento da família são substanciais, com muitas tarefas adicionais, responsabilidades e preocupações a seu cargo, podendo este impacto ser classificado em três categorias: impacto pessoal nos pais, impacto financeiro sobre a família e impacto social nas relações familiares (McElfresh & Merck, 2014). Assume-se assim como importante conhecer os obstáculos que dificultam o processo de adaptação dos pais à doença que é definida pela CIPE como o processo de “gerir novas situações” (ICN, 2010, p. 37).

Após o diagnóstico ou mesmo antes, por vezes ao longo de extensos períodos sem um diagnóstico definido, os pais da criança com NES atravessam um processo complexo de crise que compreende três etapas distintas: impacto e/ou choque, ajustamento e adaptação/aceitação. O modo, o tempo e a duração da vivência de cada um destes estágios, varia consideravelmente consoante as experiências individuais, sendo sensível ao contexto familiar, cultural e/ou social das crianças e jovens e diversidade e

consequências da condição crónica ou incapacidade sentidas (McElfresh & Merck, 2014; Augusto et al., 2020).

O grande desafio, trabalhando em parceria efetiva com os pais de crianças com NES, é a promoção da adaptação ajudando a família a funcionar o melhor possível ao longo da vida da criança. De acordo com o regulamento nº422 (2018) em muitos casos este apoio pode estender-se para além da idade pediátrica, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso. Os recursos intrafamiliares, o suporte social, o apoio entre pais, as parcerias entre pais e profissionais e os recursos da comunidade devem interligar-se para proporcionar uma rede de suporte flexível para a família da criança com NES, que pode facilitar a adaptação da família.

Numa revisão scoping por Carvalho et al. (2018) com o objetivo de mapear as intervenções implementadas e avaliadas para promover a esperança em pais de crianças com NES foram identificadas várias intervenções em diferentes contextos de cuidados de enfermagem pediátrica em populações e com características diferenciadas. Reconhece-se o papel essencial da equipa de enfermagem na promoção da esperança em pais de crianças com NES, contudo, reforça-se a necessidade de mais investigação para a validação de intervenções que promovam a esperança nos cuidados de enfermagem pediátrica. De acordo com isto, as intervenções relacionadas com a promoção da esperança têm vindo a ter cada vez mais visibilidade no cuidado à criança com NES e à sua família. A positividade e a esperança assumem-se como fundamentais para os pais de crianças com NES, pelo que devem ser implementadas intervenções que ajudem a promover melhorias nos resultados em saúde (Cohn, et al., 2020; Kepreotes et al., 2010).

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

A promoção da esperança em pais de crianças com NES surge como resposta a uma inquietação pessoal relativa à prática da prestação de cuidados, onde ao longo do tempo, me tenho deparado com situações cada vez mais complexas, crianças com planos de cuidados cada vez mais extensos e internamentos cada vez mais longos com consequências a nível familiar. Neste sentido, as dificuldades no cuidado às crianças com NES e às suas famílias têm constituído uma realidade no seio da equipa de enfermagem.

Com o avanço da tecnologia médica aumenta a necessidade de prestação de cuidados e o declínio das taxas de mortalidade, o que conduziu a um aumento do número de crianças com NES, com implicações na dotação de serviços de cuidados especiais de saúde abrangentes e de longo termo para estas crianças e famílias (McElfresh & Merck, 2014).

Apesar de não dispormos de dados oficiais, de acordo com o Grupo de Apoio à Pediatria (2013), pode estimar-se que existam em Portugal cerca de 6000 crianças e jovens com NES, com tendência a aumentar. No contexto prático e profissional, o contacto com os pais de crianças com NES é frequente e os períodos de hospitalização destas crianças, são vivenciados como períodos conturbados pelas famílias. Estas evidenciam sinais de cansaço, tristeza, impotência e por vezes desespero, o que foi catalisador para a minha reflexão.

Ao prestar cuidados numa unidade de internamento médico é frequente o contacto com crianças e as suas famílias que pela primeira vez se deparam com os obstáculos associados à condição crónica ou incapacidade na criança. A vivência desta experiência influencia, a diferentes níveis, as crianças e os que lhes estão mais próximos: os pais ou pessoa significativa. Um artigo do tipo meta síntese sobre a experiência da parentalidade com crianças com condições crónicas revelou que os pais atravessam períodos de tristeza e pesar crónicos, referem a necessidade de ganhar controlo sobre a situação, a necessidade de receber informação e apoio, a importância das relações estabelecidas com os profissionais de saúde, o controlo frágil que sentem que exercem sobre a sua situação e o facto de terem de se adaptar a uma nova realidade (Kepreotes et al., 2010). O cuidado parental na criança com doença crónica está associado a piores resultados em saúde mental, comparando com o cuidado parental em crianças

saudáveis, particularmente no que se refere a indicadores de ansiedade e depressão. O stress sentido pelos pais de crianças com condição crónica pode influenciar a saúde emocional e o desenvolvimento das crianças, favorecendo o aparecimento de alterações comportamentais, por este motivo, é importante perspetivar os pais como alvo de intervenções promotoras da sua saúde e bem-estar (Cohn et al., 2020).

Em estudos realizados em pais de crianças diagnosticadas com cancro torna-se evidente que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, aumentam a esperança dos pais, sendo tidos como agentes de suporte reconfortantes, carinhosos e informativos (Conway et al., 2017; Shorey & Debby, 2020). Os pais descrevem o cuidado físico e psicossocial, o apoio e atenção prestada por uma variedade de profissionais como importante para aumentar a esperança (Kylmä & Juvakka, 2007). No cuidado à criança com condição crónica, são conhecidos a interação e os papéis assumidos entre os membros da família em domínios da promoção da esperança, dado que a família confere diferentes modos de entender e lidar com a doença e o sofrimento durante o ciclo de vida familiar, podendo influenciar a esperança dos restantes membros da família (Charepe et al., 2011). Apesar disto, no meu contexto sobram questões sobre a melhor maneira de promover a esperança junto das famílias, pela falta de formação nesta área e pelas várias exigências da prática que retiram tempo aos enfermeiros para investir nesta questão.

As crianças com NES estão em maior risco de alterações ao nível do desenvolvimento físico, comportamental ou emocional e por vezes convivem com uma condição crónica ou incapacitante, necessitando de cuidados de saúde específicos (Augusto et al., 2020). A esperança é significativa para os pais de crianças com NES ajudando na manutenção do equilíbrio do “dia a dia”, na incerteza, como forma de apoio, sendo influenciada pela informação que vão recebendo, influenciando a existência de pensamentos positivos ou negativos e a manutenção da expectativa no regresso à “normalidade” (Leite et al., 2019).

Os pais que cuidaram dos seus filhos durante o tratamento de cancro infantil sentiram que a sua esperança era essencial. Os pais referiram que tinham sempre esperança, embora a sua esperança fosse umas vezes mais fácil e outras mais difícil de encontrar, apresentando-se assim como dinâmica e flutuante (Bally, et al., 2014). Segundo Mednick, et al. (2007), as mães com mais altos níveis de esperança, revelaram menores

níveis de ansiedade e de acordo com Nordheim et al. (2018), níveis mais baixos de esperança foram associados a níveis elevados de stress parental, provocando a esperança um efeito positivo sobre a qualidade de vida.

De acordo com os CCF e com os CNT os pais constituem-se como parceiros nos cuidados e simultaneamente são envolvidos no plano de cuidados com resultados animadores. Alves et al. (2017) refere que a capacitação dos pais e a tomada de decisão em parceria são oportunidades valorizadas pelas mães de crianças com NES, facilitadoras do desempenho do seu papel parental.

Também de acordo com o Regulamento nº140 (2019) o Enfermeiro Especialista (EE) tem como competência suportar a prática clínica em evidência científica, devendo atuar como dinamizador e gestor na incorporação de novo conhecimento no contexto da prática, visando ganhos em saúde dos cidadãos. A existência de lacunas ao nível de conhecimento na prestação de cuidados aos pais de crianças com NES, nomeadamente ao nível de estratégias a adotar para a promoção da esperança, assume-se como uma oportunidade para o desenvolvimento de competências de EE.

Tendo em conta o Regulamento nº422 (2018) o EEESIP, no cuidado da criança, jovem e família em situações de especial complexidade deve promover a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência ou incapacidade. Para que seja possível desenvolver esta competência o EEESIP diagnostica necessidades especiais na capacitação da família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação, promovendo relações dinâmicas, adequando medidas de suporte familiar e comunitário e demonstrando na prática conhecimentos sobre estratégias de promoção de esperança, assegurando a referenciação necessária para insituições de suporte e cuidados de especialidade se necessário.

3. METODOLOGIA

Este relatório de estágio tem por base um processo de aprendizagem que se serve da metodologia de projeto para o desenvolvimento de competências baseado numa questão que pretende dar resposta a um problema prático. Esta metodologia pressupõe a formulação de objetivos, onde por meio de atividades e estratégias se pretende atingir a resolução do problema elencado. É um tipo de aprendizagem no qual os estudantes adquirem conhecimento e competências trabalhando durante um longo período pretendendo dar resposta a uma autêntica, envolvente e complexa questão, problema ou desafio (Ruivo, et al., 2010; Buck Institute for Education, 2021). Assente no paradigma de aprendizagem transformativa de Mezirow (1997), esta metodologia, destaca a importância do pensamento crítico que atribui sentido às experiências que vão ocorrendo durante o processo de aprendizagem.

Tendo em conta o parágrafo anterior, para além do conhecimento e da experiência, é necessário um período de estágio e de confrontação com a prática para a aquisição de competências. Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, onde identificou cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência que são o reflexo de mudanças em três aspetos, o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação e o terceiro aspeto é a passagem de mero observador a executante envolvido. Este é um processo dinâmico aprimorado e aprofundado com a experiência.

Ao longo do período de estágio é possibilitado o contacto com a prática nos vários contextos e com os enfermeiros orientadores. Pondo em marcha a mobilização, integrada e contextualizada, de diferentes saberes, o estágio oferece um contexto de aprendizagem favorecedor do desenvolvimento de competências, recorrendo à reflexão crítica. Esta deve ser realizada de forma estruturada e alinhada com os objetivos e atividades a desenvolver em determinado contexto.

O desenvolvimento de competências é fundamental para o enfermeiro, que é tido como um profissional clínico cuja responsabilidade e complexidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo para uma prestação de cuidados de qualidade (Benner, 2001). De acordo com isto encontra-se também o artigo 88º, alínea c, do Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE (Lei nº156, 2015), com vista á excelência do exercício, que se refere ao dever de manter uma atualização contínua dos conhecimentos, tendo por base a formação permanente, pelo que é essencial o envolvimento ativo em projetos que facilitem o alcance dessa excelência. Para Benner (2001), o enfermeiro especialista deve ter espírito crítico e de iniciativa, possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo e ter uma conduta ética e deontológica.

O desenvolvimento de processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família em resposta às situações complexas de doença, nomeadamente as de incapacidade ou de natureza crónica, carecem do desenvolvimento de competências especializadas, nomeadamente na promoção de esperança.

De acordo com Herth & Cutcliffe (2002) o trabalho em esperança deve tornar-se visível, com reflexo sobre políticas relevantes ao nível das instituições educacionais e de saúde e os enfermeiros devem envolver-se em práticas focadas na esperança e recorrer a estratégias para fortalecer a esperança nos clientes.

Assim, a elaboração deste relatório pretende dar resposta não só às minhas necessidades formativas e de desenvolvimento profissional, como também contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no serviço e na instituição onde exerço funções.

4. DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo destina-se a descrever o período de estágio e a refletir criticamente sobre os objetivos e as atividades desenvolvidas ao longo deste período. Por forma a atingir a finalidade formativa deste relatório de estágio no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família foi em primeiro lugar realizado o autodiagnóstico de competências de EEESIP. Após a realização deste levantamento, foram identificados os objetivos, de acordo com as necessidades identificadas e numa lógica de melhoria da qualidade dos cuidados prestados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Assim, foram identificados os seguintes objetivos gerais e específicos:

- **Objetivo Geral 1** - Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos vários contextos de prestação de cuidados.
 - **Objetivo específico 1.1** – Adquirir conhecimentos para a maximização do potencial de saúde da criança e do jovem e desenvolver competências de EEESIP para a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem.
- **Objetivo Geral 2** - Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com NES.
 - **Objetivo específico 2.1** - Identificar intervenções promotoras de esperança dirigidas a pais de crianças com NES.
 - **Objetivo geral 2.2** - Desenvolver intervenções promotoras de esperança junto de pais de crianças com NES.

Com base nos objetivos definidos, foi elaborado um guia orientador de estágio com uma descrição do projeto e das atividades a desenvolver ao longo do estágio adequadas a cada contexto (Apêndice I). O estágio decorreu entre 23 de novembro de 2020 e 16 de abril de 2021, em 5 contextos distintos. Foram estes contextos um serviço de neonatologia, um serviço de urgência pediátrica, um serviço de pediatria médica, uma unidade de cuidados de saúde personalizados e um centro de desenvolvimento infantil,

revestindo-se este período de experiências enriquecedoras e catalisadoras da minha aprendizagem. Para facilitar a compreensão do percurso de estágio é apresentado um cronograma no Apêndice II.

Segundo Alarcão & Rua (2005) o estágio pode ser entendido como um ambiente formativo em que é pressuposto o desenvolvimento de atitudes e processos de autorregulação, não só mobilizando os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, mas também estimulado o desenvolvimento de competências através da interação com situações reais em contextos diferenciados. Assim, a importância desta componente de formação para o desenvolvimento da competência profissional é inegável, pois ela oferece um contexto de aprendizagem favorecedor da convivência com a prática e a mobilização integrada e contextualizada de diferentes.

Este período compreendeu momentos de observação, reflexão e intervenção em serviços de saúde, nos vários contextos já mencionados, cuja experiência se encontra refletida nas próximas páginas, culminando no desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e nas competências de EEESIP.

4.1 Serviço de neonatologia

O serviço de neonatologia (SN) onde tive oportunidade de estagiar encontra-se subdividido em duas partes - uma unidade de cuidados intensivos neonatais e uma unidade de cuidados intermédios neonatais, ficando eu alocada à unidade de cuidados intermédios neonatais.

Durante este período, fui capaz de sentir o impacto neste serviço devido às regras implementadas após a pandemia. Antes da entrarem na unidade as mães e os pais eram orientados para a realização de uma correta lavagem das mãos, substituição da máscara cirúrgica e colocação de bata para poderem ter acesso à unidade. Estava também implementada a restrição do tempo de permanência dos pais que passaram a ser autorizados a estar presentes apenas um período do dia (manhã ou tarde), numa máximo de 4 horas, sendo obrigados a fazer o teste para despiste de Covid-19 periodicamente. Estas orientações com o objetivo de limitar o número de pessoas na sala e diminuir as

probabilidades de contaminação, acabam também por limitar o tempo de presença, reduzindo os momentos de interação entre mãe, pai e recém-nascido (RN).

Na prática, as regras de prevenção de contaminação podem significar uma barreira para a qualidade dos cuidados de enfermagem já que acabam por influenciar a qualidade e a quantidade dos momentos de contacto e interação. Assim, estas limitações acabam naturalmente por influenciar as intervenções implementadas pelos enfermeiros e os resultados das mesmas. Contudo, apesar das limitações que o momento impôs, foi possível observar de forma participante a intervenção do EEESIP junto do RN e da sua família, com foco nos cuidados centrados no desenvolvimento (CCD). O ambiente de um serviço de neonatologia representa, para a maioria dos RN, a separação dos pais, excesso de estímulos e simultaneamente a frequente experiência de procedimentos invasivos e dolorosos. Estas situações diferem do esperado para o desenvolvimento normal do sistema nervoso central, o que pode, inevitavelmente, levar a mudanças significativas e ao comprometimento do desenvolvimento cerebral (Santos, 2011). Na neonatologia os CCD referem-se de forma geral às intervenções que dão suporte e facilitam a estabilização, recuperação e desenvolvimento dos RN e famílias que passam pelos cuidados intensivos num esforço para promover o resultado ideal (Reid & Freer, 2010).

O cuidado a cada RN é individualizado e estes cuidados requerem a colheita contínua de dados assim como uma prestação de cuidados flexível e sensível aos sinais comportamentais da criança (Askin & Wilson, 2014). Fui capaz de observar a EEESIP na prestação destes cuidados a um RN que normalmente apresentava bradicardias após a administração de alimentação por sonda nasogástrica. A EEESIP, utilizando a sucção não nutritiva e a contenção após a administração da alimentação, favoreceu a reorganização após a realização do procedimento, não se verificando a ocorrência de bradicardias.

Assim, fui capaz de perceber as várias intervenções utilizadas no sentido de adequar os estímulos auditivos e luminosos do espaço físico, por forma a proporcionar um ambiente semelhante ao ambiente *in útero*. Os telemóveis são proibidos no serviço, para evitar o ruído, assim como a luz é adaptável, evitando ao máximo a utilização de luzes fortes. Também é posto em prática o agrupamento dos momentos dos cuidados, diminuindo os momentos de manipulação, permitindo sempre que possível momentos de manipulação positivos, como o toque e o colo muitas vezes praticados pelos pais ou

mães. Assim promovem-se longos períodos de sono calmo, com a utilização de movimentos suaves, para um despertar suave nos momentos de manipulação.

Sendo o tato o primeiro sistema sensorial a desenvolver-se, torna-se fundamental para a comunicação entre as crianças e os cuidadores (Askin & Wilson, 2014). O contacto pele a pele, tão importante para a vinculação e estabilização do RN prematuro é incentivado após o parto, mas as tentativas para a realização da técnica canguru neste SN são escassas. Em discussão com a enfermeira orientadora percebi que na falta de orientações específicas relativamente à realização da técnica tendo em conta a situação pandémica, se assume que mesmo com utilização de máscara cirúrgica, a proximidade entre mãe ou pai e RN é demasiado elevada na realização da técnica canguru para permitir a realização do procedimento de forma segura, resguardando assim os intervenientes de eventual contaminação por esta via. Apesar disso, tentativas têm sido elencadas no sentido de alterar esta prática.

O posicionamento, com recurso a vários materiais como rolos e ninhos, ajuda o RN a evitar deformações de posicionamento às quais tem propensão para estar sujeito devido a vários motivos: doença, debilidade, controlo motor imaturo, efeitos da gravidade e tratamentos com recurso à ventilação ou sedação. O posicionamento terapêutico reduz a possibilidade dos RN adquirirem deformações posicionais que podem afetar o desenvolvimento motor, as habilidades lúdicas, a capacidade de atratividade e o apego social (Askin & Wilson, 2014). Tive oportunidade de observar e participar nestes cuidados na unidade de neonatologia na prestação de cuidados a uma RN prematura, que se encontrava estável e sem a companhia dos pais. Neste caso consegui com sucesso agrupar os momentos das manipulações, tive a oportunidade de prestar os cuidados de higiene, assim como realizar o treino oral com tetina. No início da prestação de cuidados com boa resposta comportamental, mas após observar sinais de dificuldade respiratória associados ao cansaço, fui capaz de adaptar o plano de cuidados, cessando a alimentação por tetina. Após posicionar a RN em posição dorsal seguindo os princípios do posicionamento terapêutico, com ajuda do rolo, criando limites e a criança recuperou o estado de organização.

Com esta experiência percebi também que prestar cuidados críticos em tais circunstâncias é complexo e como dizem Reid e Freer (2010) é importante reconhecer as

dificuldades de combinar a "arte" com a "ciência". Como providenciar conforto ao RN tendo em conta os CCD quando existem alarmes nos monitores que se tornam necessários, mas disruptivos? Como lidar com situações em que o RN necessita da realização de procedimentos invasivos, que não podem esperar pela próxima manipulação?

A manutenção de conforto nos RN no SN passa pelo alívio físico com as intervenções relacionadas com a estabilidade hemodinâmica dos sistemas, tais intervenções carecem de tecnologias avançadas de monitorização, avaliação, nutrição e terapêuticas. Estas intervenções, contudo, devem ter em conta a manutenção de um alívio ambiental, com a manutenção de condições ideais de luz, ruído, temperatura e humidade, que vão ao encontro dos CCD.

Tendo em conta o Regulamento nº422 (2018), o EEESIP cuida da criança e família nas situações de especial complexidade e mobiliza recursos oportunamente, recorrendo a um largo espectro de abordagens. De acordo com a unidade de competência E.2.1, este reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados. Para isso torna-se fundamental a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, o que foi possível desenvolver neste contexto.

Por outro lado, tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015), na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista, maximiza o bem-estar da criança promovendo a implementação de intervenções que contribuam para: a promoção das competências do recém-nascido (RN) no âmbito do seu comportamento interativo; a promoção do contacto físico dos pais com o RN e a promoção das competências parentais. Ao longo do estágio foi possível observar e participar na prestação de cuidados pelo EEESIP aos RN e às suas famílias. Foi possível incentivar o toque e o colo, assim como a prestação de cuidados ao RN pelos pais, promovendo o desenvolvimento de competências parentais e a interação entre os atores, tão fundamentais para o processo de vinculação. Momentos como a amamentação, a alimentação por tetina, a prestação de cuidados de higiene ou a mudança da fralda, foram

planeados em conjunto com os pais, de forma a envolvê-los no processo, promovendo a parentalidade e também a autonomia.

No acompanhamento de um RN, grande prematuro, com baixo peso à nascença e graves alterações neurológicas, foram evidentes as dificuldades dos pais, a vários níveis. A criança, com prognóstico muito reservado, encontrava-se altamente medicada e os pais apresentavam sinais evidentes de cansaço e frustração.

Foi possível trabalhar com estes pais, promovendo o contacto físico com o RN (toque e colo), planeando os cuidados (prestação de cuidados de higiene, mudança de fralda e treino oral com tetina), facilitando assim a relação pais-criança, envolvendo-os nos cuidados. Para além de terem sido desenvolvidas medidas educacionais de suporte aos pais, foi possível prestar CCD em resposta às necessidades do RN considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais desta fase do ciclo vital.

No SN a intervenção do enfermeiro reveste-se de importância pela necessidade de amenizar o impacto negativo que um internamento deste tipo exerce sobre o RN e os pais. Apesar das dificuldades e do sofrimento dos pais dos RN muito doentes ou com necessidades especiais, estratégias como o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, a promoção do contacto físico entre os pais e o RN formam claramente observadas, com resultados muito positivos no desenvolvimento da parentalidade e na vinculação. Assim, indo ao encontro do Regulamento nº422 (2018), foi possível desenvolver atividades relativas à unidade de competência E.3.1, onde o EEESIP promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.

De acordo com Ribeiro et al. (2015) na sua revisão integrativa que se refere a percepções de pais e enfermeiros sobre os cuidados de Enfermagem em neonatologia, a experiência global dos pais do RN internado num SN reveste-se de um cariz negativo. Os motivos relacionam-se com a aproximação da morte, o receio de alterações cognitivas ou físicas que possam vir a desencadear-se futuramente, desconforto devido à presença de dispositivos invasivos no seu filho, dificuldade em dormir, dor, ansiedade e medo. Apesar disso, os autores referem que a percepção dos pais em relação à prática dos cuidados de enfermagem acaba por ser positiva, devido a uma segurança fornecida pela presença constante dos enfermeiros, sendo que, o papel do enfermeiro junto da família do RN foi

identificado ao nível da relação e do ensino/formação. Perante estes resultados torna-se evidente a necessidade de elencar intervenções que possam permitir a transcendência psicoespiritual dos pais de crianças internadas na neonatologia.

A equipa de enfermagem conhecendo empiricamente as dificuldades emocionais dos pais com um RN internado no SN e na perspetiva de fornecer apoio emocional aos pais, utilizava placas com pequenas frases, fixadas nas incubadoras, não feito de forma sistematizada ou altamente personalizada, mas numa perspetiva que relembra a utilização das cartas terapêuticas.

Em discussão com a enfermeira orientadora, a propósito do tema deste relatório, e da utilização destas mensagens, percebo que a esperança, se assume como um termo do qual os enfermeiros tendem a “fugir” por estar associado à emocionalidade ou a uma perspetiva mais teórica. Contudo, concordávamos que os enfermeiros são capazes, pela sua interação de muitas vezes promover a esperança dos pais de RN internados no SN de forma implícita.

De acordo com o regulamento nº422 (2018) o EEESIP deve demonstrar na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança e neste sentido optei por desenvolver atividades que respondessem aos meus objetivos de estágio, mas que também pudessem promover a implementação de intervenções promotoras de esperança realista por parte da equipa de enfermagem. Neste sentido elaborei uma apresentação de proposta de implementação de um projeto com base num instrumento promotor de esperança – a carta terapêutica. A apresentação decorreu em duas sessões no momento da passagem de turno (Apêndice III). Recorri também á elaboração de um dossier temático constituído por alguns artigos que se referem á promoção da esperança no SN e á utilização de cartas terapêuticas neste contexto.

Tendo em conta o Regulamento nº140 (2019), de acordo com a unidade de competência C1.1, o EE otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Com a realização da apresentação e do dossier temático foi possível melhorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. Foi igualmente possível, em concordância com a unidade de competência D2.2, contribuir para o suporte da prática

clínica em evidência científica, dinamizando a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados.

4.2 Serviço de urgência pediátrica

O serviço de urgência pediátrica (SUP) onde desenvolvi o meu estágio, encontra-se disponível 24 horas por dia, atendendo à população pediátrica composta por crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 365 dias de idade. A atual situação pandémica acabou por influenciar muito a minha experiência neste contexto, já que o serviço se encontrava fisicamente dividido em dois. De um lado as crianças com queixas respiratórias e do outro todas as outras crianças que recorrem ao SUP, mas sem queixas respiratórias.

A admissão no serviço de urgência é naturalmente considerada como um evento stressante, quer para a criança, quer para a sua família. Pode significar um período de disrupção para a criança, que entende este ambiente como estranho e hostil, potencialmente indutor de uma sensação de falta de controlo, ansiedade de separação e medo associado a lesão corporal ou dor (Sanders, 2014). Neste contexto é frequente a ocorrência de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, requerendo cuidados de enfermagem ajustados. Estes cuidados englobam a realização de procedimentos de forma atempada, mas que devem ter em conta medidas de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem.

De acordo com a unidade de competência E2.1, do regulamento nº 422 de 2018, o EEESIP reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados mobilizando conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. Durante os turnos no posto de triagem tive contacto com o Sistema de Triagem Canadiana, realizado em conformidade com a norma nº 002 de 2018 da Direção Geral da Saúde. Este sistema de triagem exclusivamente pediátrico inclui três passos: impressão clínica de gravidade, avaliada pelo triângulo da avaliação pediátrica, avaliação da queixa/motivo de vinda à urgência e avaliação dos sinais vitais tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. Atribui às crianças um tempo de espera recomendado, dividido por cores, até

observação médica. Aqui também são identificados os focos de maior instabilidade das funções vitais, encaminhando diretamente para a sala de reanimação, se necessário. Nesta fase é também bastante valorizada a dor na criança, normalmente recorrendo à analgesia, segundo protocolo, adequada à idade e ao peso da criança.

Tal como descrito pela unidade de competência E2.2 do regulamento nº 422 de 2018 é realizada a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança ou jovem, otimizando as respostas através da gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. Tal como tinha definido nas minhas atividades tive oportunidade de aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor associadas à realização de procedimentos em vários momentos. Assim, foram utilizadas estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, recomendadas pela OE (2013) como a amamentação e administração de sacarose no caso de punção venosa periférica num lactente, a técnica da distração com vídeos de música num menino de 3 anos durante a realização de teste COVID-19 e a explicação do procedimento com a colaboração da mãe, assim como a diminuição de ruídos na sala para a realização de colheitas de sangue num menino de 11 anos com autismo. Para uma gestão eficaz da dor, foi necessária a mobilização de conhecimentos relativos ao bem-estar da criança e do jovem, permitindo obter a tranquilidade no contexto físico e ambiental, alcançando conforto. Kolcaba e DiMarco (2005) referem-se à aplicação da Teoria do Conforto em contexto pediátrico, reforçando a importância do cuidado individualizado e da adoção de uma filosofia holística, reforçando a importância de identificar e eliminar fatores que possam fazer sentir a criança insegura. Referem ainda que otimizando fatores psico-espirituais, físicos, sociais e ambientais, podem atingir-se os estados de transcendência, alívio e calma, promovendo o conforto.

Neste contexto, devido à natureza dos traumas, doenças ou fatalidades com que a equipa de profissionais da urgência têm de lidar, pode ser difícil o estabelecimento de uma comunicação efetiva, embora esta seja essencial para o envolvimento nos cuidados, com o objetivo de diminuir o impacto negativo da hospitalização (Grahm et al., 2016). Uma revisão da literatura por McBrien (2010) revelou que o cuidado de enfermagem em contexto de urgência tem-se tornado menos pessoal, com ênfase crescente nos aspetos técnicos do cuidado. No entanto, revela que as pessoas continuam a necessitar de

intervenções dirigidas ao cuidado espiritual, constituindo a esperança um dos elementos desse cuidado. De acordo com o Regulamento nº422 de 2018 o EEESIP deve envolver-se em práticas focadas na esperança e utilizar estratégias para fortalecer a esperança nos seus clientes.

McBrien (2010) explora o cuidado espiritual em contexto de urgência, dando à promoção da esperança um papel de destaque e considerando o papel da dimensão espiritual e da esperança na recuperação do indivíduo. Refere que em contextos altamente complexos, a mestria das novas tecnologias deve aumentar a capacidade dos enfermeiros no desenvolvimento de intervenções orientadas para o cuidado espiritual. Neste sentido, definiu-se como estratégia para o desenvolvimento de práticas orientadas para a esperança no serviço de urgência, a elaboração de um dossier temático, presente do Apêndice IV. O propósito da utilização desta ferramenta prendeu-se com a provocação da reflexão dos enfermeiros sobre a importância da promoção da esperança em contexto de serviço de urgência. Esta atividade contribuiu também para desenvolver competências de enfermeiro especialista, unidade de competência D2.2, suportando a prática clínica em evidência científica pela dinamização da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática de cuidados.

Outra das minhas atividades relacionou-se com a unidade de competência E3.4 da promoção da autoestima do adolescente (Regulamento nº422, 2018) na tentativa de realizar uma apreciação das estratégias de comunicação utilizadas com o adolescente, para a promoção da autodeterminação nas escolhas em saúde. No SUP fui capaz de participar na prestação de cuidados a adolescentes e às suas famílias desenvolvendo competências de comunicação para a promoção de autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Na comunicação com o adolescente torna-se essencial a partilha de emoções para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Em particular numa adolescente com o diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo I esta relação serviu de ponto de partida para capacitar a adolescente para a adoção de estratégias de adaptação, desconstruindo concepções erradas sobre a patologia e permitindo-lhe o início da familiarização com o material de punção capilar para pesquisa de glicémia e a caneta de insulina.

A intervenção do EEESIP passa também pelo reforço da imagem corporal positiva, pela tomada de decisão responsável e pela negociação de um contrato de saúde com o adolescente, o que foi evidente na prestação de cuidados a uma adolescente com um distúrbio alimentar. Aqui foi importante perceber que a intervenção do enfermeiro é fundamental no apoio aos adolescentes e famílias para o incentivo à alimentação numa situação limite. Stavarski et al. (2019) num artigo sobre a importância da promoção da esperança em indivíduos com distúrbios alimentares, ressaltam que esta população é influenciada mais frequentemente pela noção de desespero e pensamentos ou comportamentos suicidas, pelo que intervenções promotoras de esperança devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros no sentido de providenciar transcendência no contexto físico, psicoespiritual e sociocultural destes adolescentes e famílias. A complexidade desta experiência despoletou em mim a vontade de realizar uma reflexão mais profunda sobre a situação, pelo que elaborei o jornal de aprendizagem presente no Apêndice V. Mais do que isso, permitiu também o desenvolvimento de competências na unidade E1.2 do EEESIP, já que é fundamental a intervenção precoce do enfermeiro perante uma situação de risco que possa afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida do jovem. Neste caso foi necessária uma avaliação de conhecimentos e comportamentos da jovem, mas também da família relativamente a comportamentos alimentares e emoções que despoletaram o não cumprimento do esquema terapêutico e consequente internamento.

4.3 Serviço de pediatria médica

O estágio no serviço de pediatria médica decorreu no meu local de trabalho, um serviço de pediatria médica, que atende crianças que necessitam de internamento médico com idades entre os 0 e os 7 anos de idade. Este período permitiu-me, em relação estreita com a minha orientadora, a realização de uma reflexão mais aprofundada sobre as práticas do serviço e as minhas próprias práticas.

Ressalvo ainda que durante o período de estágio, devido às restrições do hospital relativamente à situação pandémica, as visitas estavam suspensas, permanecendo a criança apenas acompanhada por um dos pais ou pessoa significativa. Este acompanhante deveria permanecer grande parte do dia no serviço, evitando contactos

fora deste contexto. Era também necessária a realização de teste de despiste de Covid-19 à criança e ao acompanhante periodicamente. O acompanhante era autorizado a alternar, apenas com um segundo acompanhante que deveria apresentar resultado negativo para o teste à Covid-19. Este facto significou um cansaço acrescido para o acompanhante, mas também uma diminuição do número de interações com a família, já que apenas se tinha acesso a um dos cuidadores. Para além disso, durante o período de estágio deu-se a entrada de 6 novos elementos para a equipa de enfermagem e a abertura de mais 4 vagas para internamento. Este momento de mudança significou dificuldade acrescida, já que coincidiu com os momentos de integração desses elementos.

Por tudo isto, também algumas necessidades sentidas pela equipa se acentuaram, nomeadamente a necessidade de reunião e discussão de temas entre pares. De acordo com a OE (2011), os enfermeiros devem avaliar continuamente a sua prática clínica numa perspetiva de melhoria contínua com o objetivo de proporcionar sempre os melhores cuidados. Segundo o ICN (2012), esta perspetiva tem por base um processo de aprendizagem contínuo, com base na reflexão, através da qual os enfermeiros poderão dar mais sentido à sua prática, de uma forma significativa e construtiva. A reflexão interpares, necessita de tempo disponibilizado longe da área clínica, onde os elementos de poderão reunir sem serem perturbados e de forma regular. Deve existir também um elevado grau de confiança e confidencialidade entre os elementos do grupo, facilitando um ambiente criativo e desafiante que permita o crescimento do grupo ao longo do tempo. Neste contexto a oportunidade para refletir em equipa, encontrava-se limitada ao tempo e espaço da passagem de turno. Assim, deparei-me com a necessidade de um momento formal de reflexão entre a equipa de enfermagem. Para colmatar esta necessidade elaborei uma proposta de implementação de uma ferramenta, o *Journal Club*, presente no Apêndice VI. Com a implementação do *Journal Club* foi possível atuar como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde. Este projeto, que ainda se encontra ativamente em desenvolvimento no serviço, realizando-se encontros mensais, possibilita a interpretação, a organização e divulgação dos resultados provenientes da evidência que contribuem também para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Neste

sentido foi possível desenvolver competências de EE na unidade de competência D2.2., suportando a prática clínica em evidência científica.

Neste contexto são prestados cuidados a crianças e famílias em caso de condição crónica, deficiência ou incapacidade que muitas vezes atravessam internamentos de longa duração caracterizados por muitos avanços e retrocessos. No período do estágio, com a agravante que as medidas de prevenção de contaminação, os pais, acusavam cada vez mais sinais de cansaço e exaustão. A adaptação da criança, jovem e família à doença crónica ou incapacidade revelou-se complicada, contudo fui capaz de participar na prestação de cuidados a um lactente com 7 meses com diagnóstico de síndrome de *west* e à sua família. A intervenção focou-se na capacitação da família para administração de medicação habitual, vigilância das crises e administração de medicação sempre que necessário, manutenção da dieta cetogénica no domicílio, assim como vigilância de valores de glicémia capilar e corpos cetónicos periodicamente e realização de esquemas de correção sempre que necessário. A transmissão de informação e a instrução foram fontes de conforto para a família pois foi possível promover o empoderamento e a capacitação dos pais na prestação de cuidados, favorecendo a adaptação. Na alta esta criança foi referenciada para consultas da especialidade e também foi contactada a equipa de enfermagem do centro de saúde da área de residência, assim como a equipa de apoio domiciliário. Desta forma, foi possível desenvolver competências da unidade E2.5 de EEESIP, promovendo a adaptação da criança e da família à doença crónica. Foi também possível proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas a esta família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão do processos específicos de saúde/doença, desenvolvendo a unidade de competência E1.1 de EEESIP, pois foi implementado e gerido, em parceria, um plano de saúde, promotor da capacidade para gerir o regime terapêutico da criança e posto em prática o trabalho em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança e família aos cuidados de saúde.

Se por um lado a equipa se esforça por implementar intervenções direcionadas para a dimensão cognitiva da esperança, empoderando as famílias e diminuindo os efeitos disruptivos da situação de doença crónica, por outro, as intervenções dirigidas ao lado afetivo ou afiliativo são desenvolvidas em mais pequena escala. As intervenções

destinadas a alcançar a tranquilidade necessária para acompanhar a criança ao longo do internamento, ou durante tratamentos invasivos, acabam por estar ligadas com a disponibilidade do enfermeiro para conversar sobre esses temas ou com o agrupar de famílias e crianças com as mesmas patologias no mesmo quarto. Apesar de existirem elementos da equipa de enfermagem que tentaram implementar projetos nesta área e da equipa de enfermagem identificar esta necessidade, carece de perceber a razão de não serem implementadas mais intervenções destinadas a aumentar o conforto dos pais de crianças com NES.

Tive a oportunidade de propor a *scoping review* de Carvalho et al. (2018) para discussão no Journal Club, onde contei com a participação presencial e virtual dos elementos da equipa de enfermagem. A discussão foi bastante proveitosa, já que permitiu a participação de grande parte da equipa. Nesta reunião foi possível dar início ao grupo dinamizador da esperança, constituído por mim e por mais duas EEESIP, com a ambição de desenvolver, no serviço, projetos nesta área. A primeira intervenção planeada foi a construção de um <<Kit de Esperança>>, que pretende atingir uma dimensão mais afetiva da esperança. Este consiste em reunir objetos ou lembranças que sejam positivas para os pais (como por exemplo fotografias, postais, a letra de uma música, uma vela), sendo uma estratégia intencional para os ajudar a identificar imagens ou representações de esperança que lhes sejam significativos, ou mesmo objetivos que queiram alcançar, representando assim a importância da esperança no futuro (Moore, 2005). Com a criação deste grupo dinamizador foi possível começar a desenvolver competências de EE na unidade de competência C1.1, já que pela disponibilização de assessoria aos enfermeiros sobre este tema, foi possível melhorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar, melhorando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

De acordo com a unidade de competência D1.1 o EE detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo os seus recursos e limites pessoais e profissionais. No sentido de planear e desenvolver estratégias na promoção da esperança dos pais de crianças com NES, foi elaborado um estudo de caso onde fiz a análise do caso de uma criança com doença crónica e a sua família, avaliando recursos de esperança através do genograma e ecomapa da esperança e propondo algumas intervenções de enfermagem que podem ser implementadas para manter o conforto (Apêndice VII).

4.4 Unidade de cuidados de saúde personalizados

A unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) onde decorreu este estágio localiza-se nos primeiros pisos de um edifício que parece ter sido concebido com propósitos habitacionais. Os gabinetes de consulta destinados à saúde infantil, apresentam uma decoração e uma temperatura adequadas, transmitindo uma sensação de alívio ambiental.

Normalmente, a marcação das consultas é realizada pelas famílias através da internet ou junto do secretariado, mas também pelos enfermeiros ou médicos que estão de atendimento. Quando a marcação é realizada pelo enfermeiro, este tem em conta o plano vacinal da criança, necessidades particulares e a harmonização entre observação médica e de enfermagem em momentos chave. Desde logo percebo a manutenção de uma estreita colaboração e coordenação entre médicos e enfermeiros. Ainda assim, o enfermeiro e o médico fazem as suas consultas separadamente, às quais tive oportunidade de assistir. A marcação das consultas é realizada oportunamente, por forma a minimizar o número de deslocações das crianças, jovens e famílias. Foi possível assim apreender estratégias de gestão das práticas de cuidados que fomentam a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente de acordo com a unidade de competência A2.2 de EE, pela adoção de uma conduta antecipatória, capaz de garantir a segurança do cliente.

Após a entrevista exploratória com a enfermeira orientadora fui capaz de refletir acerca da adequação das atividades do meu projeto de estágio ao contexto. De acordo com as atividades elencadas, desenvolvi uma consulta de bibliografia relevante para a promoção da saúde na criança, no jovem e na família, mais especificamente, analisando documentos como o Programa Nacional de Vacinação (2020) e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013). Também tive oportunidade de consultar documentação fornecida pela enfermeira orientadora, assim como informação disponibilizada na página interna do site da instituição, que permitiram uma perspetiva mais alargada sobre as atividades a desenvolver neste contexto.

Pela participação nas consultas de saúde infantil, onde várias famílias surgiam com questões sobre o assunto, senti que havia necessidade de algum suporte informativo relativamente a comportamentos de sono saudáveis adequados às necessidades das

famílias. Por este motivo, em conjunto com a colega que estava nesta altura também a frequentar o estágio na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, foi pensada a elaboração de um poster, destinado aos pais de crianças desde o nascimento até à idade escolar e com o objetivo de servir como suporte às orientações antecipatórias. Este poster centra-se em informação relativa à importância da implementação de estratégias promotoras de comportamentos de sono saudáveis e foi realizado no mês em que se celebrou o Dia Mundial do Sono a 19 de março de 2021. Neste sentido, e tendo em conta a unidade de competência 3.1 da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil foi possível desenvolver competências de EEESIP pela transmissão de orientações antecipatórias às famílias favorecendo a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. O poster surgiu como uma boa estratégia de transmissão de orientações, por ser de leitura simples e acabou por ser elaborado quer em língua portuguesa, quer em língua inglesa, adequando o mesmo à população multicultural que frequenta a UCSP em questão. Assim, os dois documentos (Apêndice VIII e Apêndice IX) foram afixados no gabinete de enfermagem destinado à realização da consulta. Nas consultas de saúde infantil fui ainda capaz de desenvolver estratégias de comunicação com crianças e famílias, muitas vezes recorrendo à língua inglesa, à utilização de um intérprete próximo da família ou à utilização de desenhos ou ilustrações. A elaboração dos documentos em duas línguas assim como as estratégias comunicacionais postas em prática, permitiram um desenvolvimento da unidade de competência E3.3, comunicando com a criança e com a família de forma adequada.

A observação participante nas consultas de saúde infantil permitiu perceber como promover a vinculação, particularmente no RN. Foi incentivada a participação dos pais na consulta de saúde infantil, encarando-os como parceiros nos cuidados: o despir a criança, as trocas da fralda entre outras atividades são desenvolvidas pelos pais, promovendo a parentalidade e ao mesmo tempo avaliando o papel parental. É também dada oportunidade para poderem fazer contacto pele a pele, enquanto aguardam pela observação médica no consultório. A amamentação é promovida durante as consultas e fui capaz de observar a pega e apoiar mães no posicionamento dos RN neste momento.

Também são realçadas as capacidades do RN durante o exame físico e a avaliação do desenvolvimento, promovendo a vinculação. A avaliação antropométrica é feita com a ajuda dos pais, que seguram e acalmam a criança durante estes procedimentos, com a

utilização da sucção não nutritiva ou com a utilização de música suave. Estas intervenções para além disso permitem um estado de tranquilidade relacionado com o contexto psicoespiritual dos pais, já que reforçam a autoestima e o autoconceito sobre as suas competências para cuidar da criança, pelo que normalmente na consulta podem permanecer ambos os pais. Assim, foi possível desenvolver competências de acordo com a unidade de competência E3.2. promovendo a vinculação de forma sistemática, especialmente no caso do RN.

Na USCP é utilizada uma escala para avaliação do desenvolvimento infantil, a escala *Mary Sheridan Modificada*, pela ausência de recursos materiais para a utilização da *Schedule of Growing Skills II*. A aplicação desta escala acaba por ser facilitadora da vinculação, celebrando as competências do RN e da criança. Fui capaz de aplicar a escala em algumas das crianças e apesar de não sentir dificuldade na sua utilização, em alguns casos, sinto que a sua aplicação é vista como invasiva pela criança, que não percebe, que acaba por chorar ou por encarar este como um momento “ameaçador”. Esta disrupção emocional, associada ao tempo limitado para a realização da consulta, dificulta a avaliação de algumas das competências no gabinete de enfermagem. Por outro lado, o facto do juízo sobre determinada competência se resumir a “presente” ou “ausente”, é limitativo e pouco representativo das competências da criança e da sua evolução.

Apesar disso, a *Mary Sheridan Modificada* continua a ser uma escala largamente utilizada, recomendada pela Direção Geral da Saúde (2013), já que por um lado serve o propósito de avaliar o desenvolvimento no RN e criança e por outro, como despiste de eventuais sinais de alarme. Esta avaliação favorece o diagnóstico precoce e se possível, a intervenção, nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida das crianças. A sua utilização permitiu assim o desenvolvimento das unidades de competência E3.1 e E3.2 do EEESIP já referidas anteriormente, por promover o crescimento e desenvolvimento infantil e promover a vinculação de forma sistemática, respetivamente.

No que se refere à introdução alimentar no primeiro ano de vida, fui capaz de observar uma prestação de cuidados holística, capaz de integrar nos cuidados de enfermagem as crenças, valores e práticas culturais de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, adequando as recomendações aos regimes alimentares de cada família, seguindo um esquema flexível. Percebi a importância do desenvolvimento de um cuidado

culturalmente sensível, numa população heterogênea e composta por múltiplos grupos migratórios. O respeito pelas crenças de uma determinada cultura acaba por ser fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança com as famílias, crianças e jovens, indo ao encontro da unidade de competência E3.3 do EEESIP. Esta experiência permitiu-me assim perceber como estabelecer uma relação com a criança, jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

O desenvolvimento de uma sensibilidade e respeito pela identidade cultural dos clientes e pelas suas necessidades espirituais é um elemento favorecedor da segurança na relação com o profissional de saúde. Em algumas famílias de origem muçulmana é tida em conta a evicção de carne de porco e em outras famílias com origem na Índia a alimentação é estritamente vegetariana, pelo que estas particularidades são assinaladas, para que os planos alimentares das crianças e jovens possam ser devidamente adaptados e acompanhados por médico. Assim foi possível perceber como promover um ambiente gerador de segurança e culturalmente sensível, descrito na unidade de competência B3.1 do EE.

O estabelecimento de uma relação, promotora de cuidados centrados na família, é fundamental para influenciar as pessoas e as comunidades no sentido da maximização da sua saúde, facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde da criança, do jovem e da família. Esta relação torna-se fundamental quando os enfermeiros são muitas vezes o único elo de ligação entre as pessoas e o sistema nacional de saúde, responsáveis por assegurar o direito do cliente à informação. No caso desta UCSP, onde grande parte da população não dispõe de médico de família, a intervenção EEESIP é fundamental. Este avalia conhecimentos relativos à saúde favorecendo uma vigilância de saúde apropriada, realiza encaminhamento para outros profissionais e assegura a continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, com especial relevo para os primeiros anos da vida das crianças. Também ao nível das competências comuns de EE foi possível perceber como garantir o direito do cliente à informação, desta forma assegurando o respeito pelos Direitos Humanos faz parte da deontologia profissional, descrito na unidade de competência A2.1.

Em discussão com a enfermeira orientadora fui-me apercebendo dos vários projetos que a instituição desenvolve, dos quais ressalvo o Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (NPCJR). Este núcleo, foi criando à luz do referido no Despacho nº 31292 (2008), que reitera que os profissionais de saúde, por inerência às funções que

desempenham, têm responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo.

O NPCJR ao qual pertence a UCSP onde decorreu o meu estágio é composto por uma equipa multidisciplinar (assistente social, psicólogo, enfermeiro e médico em regime de consultoria) e em coordenação com os núcleos hospitalares de proteção de crianças e jovens em risco, desenvolve um trabalho de identificação e monitorização de casos. Este grupo reúne-se semanalmente por forma a gerir casos de jovens e crianças em risco e em coordenação com entidades como câmaras municipais, escolas, polícia de segurança pública, comissão de proteção de crianças e jovens, maternidades e hospitais. O objetivo final será manter a monitorização dos casos e diminuir o risco, através de intervenções como o aumento do número de consultas de saúde infantil, envolvimento dos cuidados ou quando a situação evolui, a referenciação para a comissão de proteção de crianças e jovens. O NPCJR faz ainda a articulação com projetos comunitários, planificação de atividades relacionadas com o mês de prevenção de maus-tratos e dinamização de ações de formação aos profissionais de saúde.

A identificação de situações de risco é, assim, uma parte importante do trabalho do enfermeiro em cuidados de saúde primários, já que permite uma intervenção precoce e elenca iniciativas para sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. Foi possível, através da participação numa destas reuniões, perceber o trabalho que o EEESIP desenvolve na deteção e gestão de situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem, de acordo com a unidade de competência E1.2. Quer, por exemplo, ao nível da sinalização de famílias originárias de determinadas zonas do continente africano pelo risco de mutilação genital feminina, quer pela identificação de evidências emocionais de mal-estar numa mãe de um RN.

Em especial nos pais de crianças com NES, as intervenções desenvolvidas passaram por conhecer e utilizar a informação existente sobre o sistema familiar, mantendo o contacto (em certas situações por via telefónica) com estas famílias, promovendo a esperança no festejar de pequenas conquistas das crianças, como uma alta hospitalar ou um marco desenvolvimental. A identificação destas situações, fornecendo apoio, sempre que necessário, representa o acompanhamento do EEESIP.

Muitas vezes, pela relação que se estabelece com as famílias é também possível perceber sinais de alarme nestes pais (cansaço, depressão, tristeza) que, por significarem risco, são encaminhadas para o NPCJR, tentando encontrar estratégias ao nível multidisciplinar que possam colmatar necessidades familiares. Desta forma, foi possível desenvolver a unidade de competência 1.1, já que foi possível apreender a gestão em parceria de um plano de saúde. Esta gestão torna possível, para estes pais o estabelecimento um estado de tranquilidade e transcendência no contexto sociocultural, apresentando soluções que sejam significativas na manutenção de conforto.

4.5 Centro de desenvolvimento infantil

O último contexto onde tive oportunidade de estagiar foi o centro de desenvolvimento infantil (CDI). Com 16 camas destina-se ao internamento de crianças e jovens até aos 18 anos de idade, com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares entre outras e que necessitem de terapias de estimulação, fisioterapia e reabilitação com vista na obtenção de apoio ao desenvolvimento.

Aqui o EEESIP, em conjunto com a restante equipa de profissionais (assistente operacional, médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala, educador e professor) gere um plano de saúde promotor de um processo de reabilitação que pretende fornecer competências às crianças, jovens e famílias. Este plano inclui a participação da criança, do jovem e da família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. O CDI colabora com os vários agrupamentos de escolas das áreas de residência das crianças e jovens internados, mantendo o plano educativo necessário para continuar a desenvolver o plano curricular recomendado para cada nível. Mantém também estreitas relações com instituições de apoio social que são a casa que acolhe alguns dos jovens que estão internados no CDI para aquisição de competências. Esta relação acaba por ser essencial para estes jovens, que podem manter as relações que estabeleceram com pessoas significativas responsáveis por elas nestas instituições. Pude assim assistir ao festejar do aniversário de um jovem realizado simultaneamente no CDI e em videochamada, na instituição que o acolhe com a participação das pessoas significativas para ele o que favoreceu a tranquilidade no contexto psicoespiritual e sociocultural do jovem. Este trabalho só se torna possível pelo estabelecimento e manutenção de redes

de recursos comunitários de suporte à criança e ao jovem com necessidades de cuidados. No vivenciar desta experiência foi possível desenvolver a unidade de competência E1.1 do EEESIP percebendo a implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e do jovem.

Nos processos de reabilitação e acompanhamento o que orienta o processo é a Medida de independência Funcional, acabando por não ser utilizada nenhuma escala de desenvolvimento infantil. Em discussão com a EEESIP, esta admite ser uma lacuna do contexto e um assunto que já foi discutido pela equipa de enfermagem. Os EEESIP que fazem parte da equipa de enfermagem consideram que avaliação de desenvolvimento é essencial, para perceber exatamente qual o potencial de desenvolvimento de cada criança e jovem. Uma avaliação do desenvolvimento no momento de admissão e outra no momento de alta poderia permitir perceber o real impacto do internamento no desenvolvimento geral da criança ou jovem, permitindo fornecer uma base mais robusta para a transmissão de orientações antecipatórias às famílias

No CDI para a comunicação recorri a estratégias adaptadas á idade, estágio de desenvolvimento ou capacidade comunicacional da criança ou jovem. Em alguns casos de patologia neurológica, com défices sensitivos, a comunicação foi estabelecida recorrendo à utilização de sinais sonoros, do olhar e do toque. O estabelecimento de uma comunicação efetiva é capaz de aumentar o conforto, gerando confiança e segurança na relação. Assim, foram desenvolvidas competências de EEESIP na unidade de competência E3.3, comunicando com a criança e com o jovem de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento.

A participação das crianças, jovens e famílias em todo o processo rumo à independência é essencial, pelo que também é promovida a presença de um dos pais junto do jovem ou criança. A partir dos 14 anos é promovida a autonomia do adolescente, ficando estes na maior parte do tempo sem a presença dos pais. É promovida uma relação dinâmica com o adolescente, normalmente portador de doença crónica ou incapacidade, facilitando a comunicação expressiva de emoções e reforçando a imagem corporal positiva, o que permite a tranquilidade nos contextos psicoespiritual e sociocultural. A motivação é essencial e importante para este processo já que normalmente é moroso e nem sempre evolui de forma constante pelo que foi facilitada

a comunicação expressiva de emoções por parte do adolescente sempre que necessário. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competências E3.4. do EEESIP, para a promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

A aprendizagem de habilidades especializadas e individuais pelas crianças, jovens e famílias é essencial e permite a gestão autónoma dos processos específicos de saúde/doença. Num caso de um lactente, vítima de queda e consequente traumatismo foi elaborado um plano de reabilitação, onde por diferentes terapias foi possível voltar a adquirir competências desenvolvimentais que tinha perdido após o acidente e longos meses de internamento em cuidados intensivos. Neste caso foi possível a adaptação inicial à incapacidade, mas também ao plano terapêutico, que ao ser desenvolvido, surtiu efeitos. Assim, este lactente que ficou durante o internamento acompanhado pela mãe foi capaz de recuperar algumas das competências que tinha perdido (como permanecer na posição sentado e ir buscar objetos na sua periferia) e teve alta como uma criança adaptada à incapacidade e atraso desenvolvimental e uma mãe capacitada para a realização de pequenos exercícios no domicílio. Desta forma foi possível perceber como tornar possível uma mais fácil adaptação da criança e da família à incapacidade, relativa à unidade de competência E2.5 do EEESIP.

Num contexto como o CDI, onde os internamentos são longos e em que normalmente se sucedem a eventos traumáticos, trabalhar a esperança é essencial. Segundo Kautz & Horn (2009) os enfermeiros em contextos de reabilitação estão numa posição-chave para promover a esperança e a integridade familiar, facilitando uma comunicação aberta entre membros da família, promovendo um tom de união dentro e entre famílias, ajudando-as a resolver sentimentos de culpa e a avançar para o perdão. Apesar da postura favorável e proatividade da equipa de enfermagem o impacto da pandemia nas dinâmicas organizacionais, veio afetar toda a logística para a implementação de projetos, impossibilitando o seu desenvolvimento.

Com um propósito impulsionador no âmbito da esperança definiu-se como estratégia, em articulação com a enfermeira orientadora, a elaboração de um dossier temático. Este documento teve como finalidade fomentar a reflexão dos enfermeiros sobre a importância da promoção da esperança, dando também a conhecer alguns

projetos presentes em outras unidades que pudessem servir de inspiração para o desenvolvimento de intervenções neste contexto. Este dossier está presente no Apêndice X. Desta forma foi possível desenvolver competências de suporte da prática clínica em evidência científica, unidade de competência comum D2.2 do EE, pela atuação enquanto dinamizadora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Apesar de todas as limitações pandêmicas, considero que o meu percurso formativo foi bastante diverso e rico em experiências, ao longo do estágio. Este relatório acaba por refletir essa diversidade de experiências e aprendizagens. Nos vários contextos de prestação de cuidados foi possível adquirir conhecimentos para a maximização do potencial de saúde da criança e do jovem e desenvolver competências de EEESIP para a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem. Isto refletiu-se numa variedade de atividades desenvolvidas e na reflexão e discussão constantes ao longo do percurso. Foi igualmente possível desenvolver e aprofundar competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com NES através da identificação de intervenções promotoras de esperança dirigidas aos mesmos, ao longo do tempo em que fui desenvolvendo o estágio. Fui também capaz de promover a implementação e sensibilizar as equipas de enfermagem para a importância das intervenções promotoras de esperança, nomeadamente quando atravessam situações limite em que necessitam de satisfazer as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, alcançando o conforto. Foi possível desenvolver algumas intervenções promotoras de esperança, em diferentes contextos e também a identificação de necessidades de implementação das mesmas. A realização do genograma e ecomapa de esperança foi importante para perceber como podemos ter mais impacto sobre a esperança dos pais de crianças com NES.

No futuro pretendo continuar a desenvolver os meus conhecimentos na área da promoção da esperança. De igual forma pretendo continuar a desenvolver o *Journal Club* no meu serviço, já que foi muito bem acolhido pela equipa e já mostrou resultados ao nível de mudança de práticas no serviço, nomeadamente na formação do grupo dinamizador da esperança, implementação de práticas mais seguras e motivando os elementos da equipa de enfermagem para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência. Enquanto elemento do grupo dinamizador de esperança, espero continuar a estar envolvida na implementação de intervenções e projetos que permitam uma promoção efetiva da esperança dos pais de crianças com NES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinariedade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 273-382.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Alves, J. M., Amendoeira, J. J., & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4) 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>.
- Apóstolo, J. L. (s.d. de março de 2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência* (9), pp. 61-67.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26.
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331 - 411). Lusociência.
- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M. J., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). Crianças com Necessidades Especiais. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 248 - 263). Lidel.
- Bally, J. M. (2012). Viewing the art and the science of pediatric nursing through the lens of paradigms: The impact on hope for the future. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(3), 215-222. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2012.00333.x>.
- Bally, J. M., Duggleby, W., Holtslander, L., Mpofu, C., Spurr, S., Thomas, R., & Wright, K. (2014). Keeping Hope Possible: A Grounded Theory Study of the Hope Experience of Parental Caregivers Who Have Children in Treatment for Cancer. *Cancer Nursing*, 37(5), 363-372. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000227>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora. ISBN:972-8535-97-X.
- Bice, A. A. (2019). Developmentally Appropriate Holistic Comfort Interventions in the Pediatric Population. 30th International Nursing Research Congress (pp. 1-6).

SigmaRepository.https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/17923/Bice_25365_F04_Info.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Bice, A. A., & Wyatt, T. H. (2017). Holistic Comfort Interventions for Pediatric Nursing Procedures. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 280-295. <https://doi.org/10.1177/0898010116660397>.

Buck Institute for Education. (21 de fevereiro de 2021). What is PBL? Obtido de PBL works: <https://www.pblworks.org/what-is-pbl>

Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2018). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 53, 646-661. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/pt_1695-6141-eg-18-53-646.pdf.

Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A. F., Martins, A., & dos Santos, M. (12 de março de 2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência*, 12, pp. 93-103. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-93103.pdf>.

Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H., Vieira, M. M., & Neto, L. M. (2011). (Re)descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto Contexto*, 20(2), 349-58. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200018>

Coffey, J. S. (2006). Parenting a Child with Chronic Illness: A Metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 32(1), 51-59. https://www.researchgate.net/profile/Jean_Coffey/publication/7205961_Parenting_a_child_with_chronic_illness_A_metasynthesis/links/53f4b6780cf22be01c3eda08/Parenting-a-child-with-chronic-illness-A-metasynthesis.pdf

Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*, 218, 166-177. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.068>

- Conway, M. F., Pantaleao, A., & Popp, J. M. (2017). Parents' Experience of Hope When Their Child Has Cancer: Perceived Meaning and the Influence of Health Care Professionals. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(6), 427-434. <https://doi.org/10.1177/1043454217713454>
- Cutcliffe, J. R., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background, and nature. *British Journal of Nursing*, 11(12), 833-840. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.12.10307>.
- Despacho n.º 31292. (5 de dezembro de 2008). Intervenção dos profissionais de saúde no domínio. *Diário da Republica*, pp. 49207-49231.
- Dowd, T. (2014). Theory of Comfort. Em M. R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (8ª ed., pp. 657-671). Elsevier.
- Dufault, K., & Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>
- Grupo de Apoio à Pediatria. (2013). Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma reflexão. Que futuro em Portugal? Fundação Calouste Gulbenkian. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/Relatorio_Reuniao_Cuidados_Paliativos_Junho%202013.pdf.
- Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 547-557. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00635.x>
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perpetivas da enfermagem pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1 - 20). Lusociência.
- Hughes, D. (outubro de 2014). A Review of the Literature Pertaining to Family-Centered Care for Children with Special Health Care Needs. Obtido em 9 de fevereiro de

2021, de
https://www.lpfch.org/sites/default/files/field/publications/review_of_the_literature_pertaining_to_family-centered_care_for_cshcn.pdf

Instituto de Apoio à Criança. (s.d. de março de 2004). Anotações à Carta da Criança Hospitalizada. Obtido de Instituto de Apoio à Criança: https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/10/Anotacoes_2017.pdf-peq.pdf

International Council of Nurses. (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2. Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (12 de maio de 2012). Combater a desigualdade: da evidência à acção - Closing the gap: from evidence to action. (S. Severino, Trad.) Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

Kautz, D. D., & Horn, V. E. (2009). Promoting Family Integrity to Inspire Hope in Rehabilitation Patients: Strategies to Provide Evidence-Based Care. *Rehabilitation Nursing*, 34(4), 168-173. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2009.tb00273.x>.

Kepreotes, E., Keatinge, D., & Stone, T. (2010). The experience of parenting children with chronic health conditions: a new reality. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2(1), 51- 62. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2010.01047.x>.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic care and research*. Springer Publishing Company.

Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (14 de abril de 1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), pp. 1301-1310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>

Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.

https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing

- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory: A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>.
- Kylmä, J., & Juvakka, T. (2007). Hope in parents of adolescents with cancer: Factors endangering and engendering parental hope. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(3), 262-271. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.06.007>.
- Lei nº 156. (16 de setembro de 2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, pp. 8059 - 8105.
- Leite, A. C., Garcia-Vivar, C., Neris, R. R., Alvarenga, W. d., & Nascimento, L. C. (2019). The experience of hope in families of children and adolescents living with chronic illness: A thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3264-3262. <https://doi.org/10.1111/jan.14129>
- Magão, M. T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica. Em M. L. Basto, *Cuidar em Enfermagem - Saberes da Prática* (pp. 49-106). Formasau.
- McBrien, B. (2010). Emergency nurses' provision of spiritual care: a literature review. *British Journal of Nursing*, 19(12), 768-773. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.12.48655>
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 897 - 931). Lusociência.
- Mednick, L., Cogen, F., Henderson, C., Rohrbeck, C. A., Kitessa, D., & Streisand, R. (2007). Hope More, Worry Less: Hope as a Potential Resilience Factor in Mothers of Very Young Children With Type 1 Diabetes. *Children's Healthcare*, 36(4), 385-396. <https://doi.org/10.1080/02739610701601403>

- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (31 de março de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 113-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965015>.
- Mezirow, J. (1997). *Transformative Learning: Theory to Practice*. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74, 5-12. <http://dx.doi.org/10.1002/ace.7401>.
- Ministério da Saúde. (21 de outubro de 2020). Missão, Visão, Valores e Objetivos. Obtido de Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central: <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>
- Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 100-105. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00802.x>.
- Nóbrega, R. D., Collet, N., Gomes, I. P., Holanda, E. R., & Araújo, Y. B. (2010). Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. *Texto Contexto*, 19(3), 425-433. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300003>.
- Nordheim, T., Rustøen, T., Solevåg, A. L., Småstuen, M. C., & Nakstad, B. (2018). Hope in Parents of Very-Low Birth Weight Infants and its Association with Parenting Stress and Quality of Life. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.006>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de outubro de 2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

- Organização Mundial de Saúde. (10 de janeiro de 2021). Adolescent health. Obtido de World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Park, M., Giap, T.-T.-T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient and family centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>.
- Regulamento nº140. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, pp. 4744 - 4750.
- Regulamento nº422. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, pp. 19192-19194.
- Reid, T., & Freer, Y. (2010). Developmentally focused nursing care. Em G. Boxwell, *Neonatal intensive care nursing* (pp. 16-39). Routledge.
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. d., & Erdmann, A. L. (jan.\fev.\mar. de 2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, pp. 137-146. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14023>.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (s.d. de janeiro-março de 2010). Metodologia de Projeto. *Percursos* (15), pp. 1-37. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Lusociência.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(1), 22-31. Obtido de <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>

- Shorey, S., & Debby, E. (2020). The lived experiences of children and adolescents with noncommunicable disease: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.013>.
- Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2019). Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 26 (1-2), 29-38. <https://doi.org/10.1111/jpm.12507>.

APÊNDICES

Apêndice I

Guia orientador de estágio

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

Estágio com Relatório

Guia Orientador de Estágio

Inês Eliana Pinto Cavalaria

Lisboa

novembro de 2020

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

Estágio com Relatório

Guia Orientador de Estágio

Inês Eliana Pinto Cavalaria



Professora Orientadora:
Maria Teresa Gouvêa Magão



Lisboa
novembro de 2020

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. Síntese introdutória	5
2. Objetivos e atividades a desenvolver	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

NES – Necessidades Especiais de Saúde

1. Síntese introdutória

O presente documento tem como objetivo orientar o período de estágio que se insere no 11.º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e está organizado apresentando em duas partes. Em primeiro lugar é apresentado o tema do relatório de estágio e em segundo lugar são apresentados os objetivos gerais e específicos a desenvolver, seguindo-se uma apresentação das atividades a que me proponho.

Foi definido como tema para o relatório de estágio “A promoção da esperança nos pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma intervenção especializada de Enfermagem” surgindo como resposta a uma inquietação da prática na prestação de cuidados, onde ao longo do tempo, me tenho deparado com situações cada vez mais complexas, crianças com planos de cuidados cada vez mais extensos e internamentos cada vez mais longos com consequências a nível familiar. Neste sentido, as dificuldades têm constituído uma realidade no que se refere à criança com necessidades especiais de saúde (NES) e às suas famílias.

Apesar de não dispormos de dados oficiais, de acordo com o Grupo de Apoio à Pediatria (2013), pode estimar-se que existam em Portugal cerca de 6000 crianças e jovens com NES, com tendência a aumentar. Estas “estão em risco, ou têm risco aumentado para situações crónicas a nível físico, comportamental ou emocional, que requerem serviços de saúde e outros qualitativa e quantitativamente superiores aos requeridos pelas crianças em geral” (McElfresh & Merck, 2014, p. 898).

Ao prestar cuidados numa unidade de internamento médico é frequente o contacto com estas crianças e as suas famílias que pela primeira vez se deparam com os obstáculos associados à condição crónica ou incapacidade na criança. A vivência desta experiência influencia, a diferentes níveis, as crianças e os que lhes estão mais próximos: os pais ou pessoa significativa. Um artigo do tipo meta síntese sobre a experiência da parentalidade em crianças com condições crónicas revelou que os pais atravessam períodos de tristeza e pesar crónicos, referem a necessidade de ganhar controlo sobre a situação, da necessidade de receber informação e apoio, da importância das relações estabelecidas com os profissionais de saúde, do controlo frágil que sentem que exercem sobre a sua situação e do facto de terem de se adaptar a uma nova realidade (Kepreotes, Keatinge & Stone, 2010). O cuidado parental na criança com doença crónica está associado a piores resultados em saúde mental, comparando com o cuidado parental em crianças saudáveis, particularmente no que se refere a indicadores de ansiedade e depressão. O *stress* sentido pelos pais de crianças com condição crónica pode influenciar a saúde emocional e o desenvolvimento das crianças, favorecendo o aparecimento de alterações comportamentais, por

este motivo, é importante perspetivar os pais como alvo de intervenções promotoras da sua saúde e bem-estar (Cohn et al., 2020).

A esperança, entendida como conceito fronteira, tem sido largamente explorada em filosofia, teologia e psicologia, acabando também por ser abordada no âmbito da enfermagem por Dufault & Martocchio, entre muitos outros. É entendida por estas autoras como uma “força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo” (Dufault & Martocchio, 1985, p. 390). O papel positivo que a esperança exerce sobre a vida, a saúde e a doença é amplamente reconhecido e isso é significativo na enfermagem quando o objetivo é promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Por este motivo e de acordo com Farran, Herth & Popovich citados por Magão (2012) e Hammer, Mogensen & Hall (2009), os enfermeiros têm sido permanentemente citados como promotores da esperança, por parte de clientes em diferentes fases do ciclo de vida.

As crianças com NES estão em maior risco de alterações ao nível do desenvolvimento físico, comportamental ou emocional e por vezes convivem com uma condição crónica ou incapacitante, necessitando de cuidados de saúde específicos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A esperança é significativa para os pais de crianças com NES ajudando na manutenção do equilíbrio do “dia a dia”, na incerteza, como forma de apoio, sendo influenciada pela informação que vão recebendo, influenciando a existência de pensamentos positivos ou negativos e a manutenção da expectativa no regresso à “normalidade” (Leite, Garcia-Vivar, Neris, Alvarenga & Nascimento, 2019).

Na conceção atual dos cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o cuidado à criança e ao jovem, é indissociável do cuidado à família. Os pais constituem parceiros nos cuidados e simultaneamente são envolvidos no plano de cuidados, adotando assim a filosofia dos cuidados centrados na família e o modelo de parceria de cuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o reconhecimento da criança como ser vulnerável, a valorização dos pais ou pessoa significativa como os principais prestadores de cuidados, a preservação da segurança e bem-estar da criança e família e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança vão de encontro ao estabelecimento de uma parceria de cuidados efetiva. A capacitação dos pais e a tomada de decisão em parceria são oportunidades valorizadas pelas mães de crianças com NES, facilitadoras do desempenho do seu papel parental (Alves, Amendoeira & Charepe, 2017).

Segundo a Teoria de Conforto de Kolcaba tanto as crianças como os cuidadores necessitam de conforto a vários níveis, os enfermeiros devem centrar a sua atenção em intervenções que os ajudem a obtê-lo. O conforto é entendido como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio, à tranquilidade e à transcendência, nos quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Segundo esta teoria o estado de alívio é atingido quando uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual (Kolcaba, 2003).

Segundo o Regulamento nº140 (2019), o Enfermeiro Especialista (EE) tem como competência suportar a prática clínica em evidência científica, devendo atuar como dinamizador e gestor na incorporação de novo conhecimento no contexto da prática, visando ganhos em saúde dos cidadãos. A existência de lacunas ao nível de conhecimento com que me deparo na prestação de cuidados aos pais de crianças com NES, nomeadamente ao nível de estratégias a adotar para a promoção da esperança, assume-se assim como uma oportunidade para o EE. O último deve basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, não só diagnosticando necessidades formativas do contexto em que se insere, mas também atuando como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº422, 2018) surge a necessidade de desenvolver competências que promovam a adaptação da criança, do jovem e da família à doença crónica, deficiência e incapacidade, onde se enquadra a demonstração na prática de conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança, coadunando a importância da esperança nos cuidados de enfermagem.

Segundo o mesmo documento, o EEESIP tem como competência assegurar um ambiente terapêutico e seguro, promovendo-o ao nível físico, psicossocial, cultural e espiritual. Desta forma, assume-se como fundamental favorecer a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, dos indivíduos ou do grupo.

Começando pela utilização de estratégias promotoras de esperança realista para promover a vinculação do recém-nascido doente ou com necessidades especiais passando pela demonstração na prática de conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança na adaptação da família à doença crónica ou deficiência/incapacidade, a intervenção do EEESIP é fundamental. Estes encontram-se numa posição privilegiada de apoio aos pais no ajustamento às suas novas e mutáveis circunstâncias, através de intervenções de promoção da esperança.

No contexto prático e profissional, o contacto com os pais de crianças com NES é frequente e os períodos de hospitalização destas crianças são vivenciados como períodos conturbados pelas famílias, que evidenciam sinais de cansaço, tristeza, impotência e por vezes desespero, constituindo um ponto de partida para a minha reflexão. Em estudos realizados em pais de crianças diagnosticadas com cancro está demonstrado que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, aumentam a esperança dos pais, no cuidado às crianças e às famílias, sendo tidos como agentes de suporte reconfortantes, carinhosos e informativos (Conway, Pantaleao, & Popp, 2017; Shorey & Debby, 2020). Os pais descrevem o cuidado físico e psicossocial, o apoio e atenção prestada por uma variedade de profissionais como importante para aumentar a esperança (Kylmä & Juvakka, 2007), mas sobram questões sobre a melhor maneira de promover a esperança junto das famílias.

De acordo com (Herth & Cutcliffe, 2002) o trabalho em esperança deve tornar-se visível, com reflexo sobre políticas relevantes ao nível das instituições educacionais e de saúde. Os enfermeiros devem envolver-se em práticas focadas na esperança e usar estratégias que fortalecer a esperança em seus clientes.

Este estágio assume-se assim como uma estratégia que pretende dar resposta não só às minhas necessidades formativas e de desenvolvimento profissional, como também contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no serviço e na instituição onde exerço funções. Por forma a atingir a finalidade formativa do estágio e tendo em conta o autodiagnóstico de competências realizado previamente, foram delineados os objetivos gerais e específicos presentes no próximo subcapítulo.

2. Objetivos e atividades a desenvolver

Neste subcapítulo são apresentados os objetivos gerais e específicos, assim como as atividades relativas aos mesmos em cada contexto, sob a forma de tabela. Os resultados esperados têm por base os critérios de avaliação presentes no Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento nº140, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EESIP (Regulamento nº422, 2018).

2.1 Serviço de neonatologia

Objetivo geral 1	Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos vários contextos de prestação de cuidados.		
Objetivo específico 1.1	Adquirir conhecimentos para a maximização do potencial de saúde da criança e do jovem e desenvolver competências de EESIP para a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Entrevista exploratória ao chefe de serviço e ao enfermeiro orientador relativamente ao funcionamento e organização da instituição, caracterização da e contextualização da população e projetos do serviço; - Consulta de bibliografia relevante para a promoção da saúde na criança, no jovem e na família; - Identificar estratégias efetivas para a transmissão de orientações antecipatórias que sejam adequadas às famílias;	Serviço Neonatologia (4 semanas)	Competências do EE D2 – D2.2 Competências do EESIP E1 – E1.1 E2 – E2.1 E3 – E3.2	

- Colaboração em projetos próprios do contexto, direcionados á criança, ao jovem e á família; - Elaboração de uma síntese reflexiva com base nas atividades desenvolvidas.		
---	--	--

Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.1	Identificar intervenções promotoras de esperança dirigidas a pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Conhecer e analisar projetos que promovam a esperança em pais de crianças com necessidades especiais; - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de promoção de esperança utilizadas em pais de crianças com necessidades especiais; - Identificação e acompanhamento de crianças com necessidades especiais e as suas famílias, percebendo as suas necessidades de conforto;	Serviço Neonatologia (4 semanas)	Competências do EE D2 – D2.2 B3 – B3.1 Competências do EESIP Competências do EESIP E1 – E1.1 E2 – E2.1	

- Consulta de bibliografia relevante, normas e protocolos de atuação da instituição relativamente aos cuidados á criança e á família da criança com necessidades especiais.		E3 – E3.2
---	--	-----------

Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.2	Desenvolver intervenções promotoras de esperança junto de pais de crianças com necessidades especais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Identificação de dificuldades das equipas de enfermagem no desenvolvimento de intervenções ao nível da promoção da esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde; - Definição de estratégias para o colmatar de dificuldades sentidas no seio das equipas no desenvolvimento de intervenções promotoras de esperança; - Elaboração de uma apresentação de proposta de projeto com base no instrumento promotor de esperança – a carta terapêutica; - Elaboração de um dossier temático sobre a esperança.	Serviço Neonatologia (4 semanas)	Competências do EE B3 – B3.1 Competências do EESIP Competências do EESIP E1 – E1.1 E2 – E2.1 E3 – E3.2	

2.2 Serviço de urgência pediátrica

Objetivo geral 1	Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos vários contextos de prestação de cuidados.		
Objetivo específico 1.1	Adquirir conhecimentos para a maximização do potencial de saúde da criança e do jovem e desenvolver competências de EESIP para a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Entrevista exploratória ao chefe de serviço e ao enfermeiro orientador relativamente ao funcionamento e organização da instituição, caracterização e contextualização da população e projetos do serviço; - Consulta de bibliografia relevante para a promoção da saúde na criança, no jovem e na família; - Identificar estratégias efetivas para a transmissão de orientações antecipatórias que sejam adequadas às famílias; - Colaboração em projetos próprios do contexto, direcionados à criança, ao jovem e à família; - Identificação e método de triagem utilizado e observação da sua aplicação;	Serviço de Urgência Pediátrica (4 semanas)	Competências do EE D2 – D2.2 Competências do EESIP E1 – E1.2 E2 – E2.1 E2 – E2.2 E3 – E3.4	

- Observação participante das estratégias da gestão diferenciada na dor, associada á realização de procedimentos; - Elaboração de uma síntese reflexiva com base nas atividades desenvolvidas no contexto; - Apreciação das estratégias de comunicação utilizadas com o adolescente, para a promoção da autoestima e autodeterminação nas escolhas em saúde.			
Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.1	Identificar intervenções promotoras de esperança dirigidas a pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver		Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação
- Conhecer e analisar projetos que promovam a esperança em pais de crianças com necessidades especiais; - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de promoção de esperança utilizadas em pais de crianças com necessidades especiais; - Identificação e acompanhamento de crianças com necessidades especiais e as suas famílias, percebendo as suas necessidades de conforto;		Serviço de Urgência Pediátrica (4 semanas)	Competências do EE D2 – D2.2 Competências do EESIP E2 – E2.1 E2 – E2.2 E3 – E3.4

- Prestação de cuidados de enfermagem especializados á criança com necessidades especiais e à sua família, atribuídos ao meu cuidado; - Consulta de bibliografia relevante, normas e protocolos de atuação da instituição relativamente aos cuidados á criança e á família da criança com necessidades especiais.		
--	--	--

2.3 Serviço de pediatria

Objetivo geral 1	Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos vários contextos de prestação de cuidados.		
Objetivo específico 1.1	Adquirir conhecimentos para a maximização do potencial de saúde da criança e do jovem e desenvolver competências de EEESIP para a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Entrevista exploratória ao chefe de serviço e ao enfermeiro orientador relativamente ao funcionamento e organização da instituição, caracterização da população e discussão dos projetos do serviço; - Consulta de bibliografia relevante para a promoção da saúde na criança, no jovem e na família; - Identificar estratégias efetivas para a transmissão de orientações antecipatórias que sejam adequadas às famílias; - Dinamização de um <i>journal club</i> com o objetivo de promover a prática baseada na evidência na equipa de enfermagem; - Elaboração de uma síntese reflexiva com base nas atividades desenvolvidas no contexto.	Serviço de Pediatria (4 semanas).	Competências do EE C1 – C1.1 D2 – D2.2 Competências do EEESIP E1 – E1.1 E2 – E2.5	

Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.1	Identificar intervenções promotoras de esperança dirigidas a pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de promoção de esperança utilizadas em pais de crianças com necessidades especiais; - Identificação e acompanhamento de crianças com necessidades especiais e as suas famílias, percebendo as suas necessidades de conforto; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados á criança com necessidades especiais e à sua família, atribuídos ao meu cuidado; - Consulta de bibliografia relevante, normas e protocolos de atuação da instituição relativamente aos cuidados à criança e à família da criança com necessidades especiais; - Elaboração de um estudo de caso sobre uma criança com necessidades especiais.	Serviço de Pediatria (4 semanas).	Competências do EE C1 – C1.1 D1 – D1.1 D2 – D2.2 Competências do EEESIP E1 – E1.1 E2 – E2.5	

Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.2	Desenvolver intervenções promotoras de esperança junto de pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Identificação de dificuldades das equipas de enfermagem no desenvolvimento de intervenções ao nível da promoção da esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde; - Definição de estratégias para o colmatar de dificuldades sentidas no seio das equipas no desenvolvimento de intervenções promotoras de esperança; - Prestar cuidados especializados com vista na promoção de esperança dos pais de crianças com necessidades especiais.	Serviço de Pediatria (4 semanas).	Competências do EE C1 – C1.1 D1 – D1.1 D2 – D2.2 Competências do EEESIP E1 – E1.1 E2 – E2.5	

2.4 Unidade de cuidados de saúde personalizados

Objetivo geral 1	Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos vários contextos de prestação de cuidados.		
Objetivo específico 1.1	Adquirir conhecimentos para a maximização do potencial de saúde da criança e do jovem e desenvolver competências de EESIP para a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Entrevista exploratória ao chefe de serviço e ao enfermeiro orientador relativamente ao funcionamento e organização da instituição, caracterização da população e discussão dos projetos do serviço; - Consulta de bibliografia relevante para a promoção da saúde na criança, no jovem e na família; - Observação participante nas consultas de saúde infantil; - Identificar estratégias efetivas para a transmissão de orientações antecipatórias que sejam adequadas às famílias; - Aplicação de escalas de desenvolvimento infantil (<i>Mary Sheridan</i> Modificada e <i>Schedule of Growing Skills II</i>);	UCSP (4 semanas)	Competências do EE A2 – A2.1 A2 – A2.2 B3 – B3.1 Competências do EESIP E1 – E1.1 E1 – E1.2 E3 – E3.1 E3 – E3.2 E3 – E3.3	

- Colaboração em projetos próprios do contexto, direcionados à criança, ao jovem e à família, relacionados com a gestão do risco; - Elaboração de uma síntese reflexiva com base nas atividades desenvolvidas no contexto; - Apreciação das estratégias de comunicação utilizadas com o adolescente, para a promoção da autoestima e autodeterminação nas escolhas em saúde.			
Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.1	Identificar intervenções promotoras de esperança dirigidas a pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Conhecer e analisar projetos que promovam a esperança em pais de crianças com necessidades especiais; - Identificação e acompanhamento de crianças com necessidades especiais e as suas famílias, percebendo as suas necessidades de conforto; - Consulta de bibliografia relevante, normas e protocolos de atuação da instituição relativamente aos cuidados à criança e à família da criança com necessidades especiais.	UCSP (4 semanas)	Competências do EE A2 – A2.1 A2 – A2.2 B3 – B3.1 Competências do EESIP E1 – E1.1 E1 – E1.2	

		E3 – E3.1 E3 – E3.2 E3 – E3.3
--	--	-------------------------------------

Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.2	Desenvolver intervenções promotoras de esperança junto de pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Identificação de dificuldades das equipas de enfermagem no desenvolvimento de intervenções ao nível da promoção da esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde; - Definição de estratégias para o colmatar de dificuldades sentidas no seio das equipas no desenvolvimento de intervenções promotoras de esperança; - Prestar cuidados especializados com vista na promoção de esperança dos pais de crianças com necessidades especiais.	UCSP (4 semanas)	Competências do EE A2 – A2.1 A2 – A2.2 B3 – B3.1 Competências do EESIP E1 – E1.1 E1 – E1.2 E3 – E3.1 E3 – E3.2 E3 – E3.3	

2.5 Centro de desenvolvimento infantil

Objetivo geral 1	Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos vários contextos de prestação de cuidados.		
Objetivo específico 1.1	Adquirir conhecimentos para a maximização do potencial de saúde da criança e do jovem e desenvolver competências de EESIP para a promoção do desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Entrevista exploratória ao chefe de serviço e ao enfermeiro orientador relativamente ao funcionamento e organização da instituição, caracterização da e contextualização da população e projetos do serviço; - Consulta de bibliografia relevante para a promoção da saúde na criança, no jovem e na família; - Identificar estratégias efetivas para a transmissão de orientações antecipatórias que sejam adequadas às famílias; - Colaboração em projetos próprios do contexto, direcionados à criança, ao jovem e à família; - Elaboração de uma síntese reflexiva com base nas atividades desenvolvidas.	Centro de desenvolvimento infantil (2 semanas)	Competências do EE D2 – D2.2 Competências do EESIP E1 – E1.1 E2 – E2.2 E3 – E3.1 E3 – E3.3	

Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.1	Identificar intervenções promotoras de esperança dirigidas a pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Conhecer e analisar projetos que promovam a esperança em pais de crianças com necessidades especiais; - Identificação e acompanhamento de crianças com necessidades especiais e as suas famílias, percebendo as suas necessidades de conforto; - Consulta de bibliografia relevante, normas e protocolos de atuação da instituição relativamente aos cuidados à criança e à família da criança com necessidades especiais.	Centro de desenvolvimento infantil (2 semanas)	Competências do EE D2 – D2.2 Competências do EESIP E1 – E1.1 E2 – E2.5 E3 – E3.1 E3 – E3.3	

Objetivo geral 2	Desenvolver competências especializadas com foco na promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Objetivo específico 2.2	Desenvolver intervenções promotoras de esperança junto de pais de crianças com necessidades especiais de saúde.		
Atividades a desenvolver	Locais de estágio e duração	Critérios de Avaliação	
- Identificação de dificuldades das equipas de enfermagem no desenvolvimento de intervenções ao nível da promoção da esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde; - Definição de estratégias para o colmatar de dificuldades sentidas no seio das equipas no desenvolvimento de intervenções promotoras de esperança; - Prestar cuidados especializados com vista na promoção de esperança dos pais de crianças com necessidades especiais.	Centro de desenvolvimento infantil (2 semanas)	Competências do EE D2 – D2.2 Competências do EESIP E1 – E1.1 E2 – E2.5 E3 – E3.1 E3 – E3.3	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. M., Amendoeira, J. J., & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1-7.
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H., Vieira, M. M., & Neto, L. M. (2011). (Re)descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto Contexto*, 349-58.
- Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*, 166-177.
- Conway, M. F., Pantaleao, A., & Popp, J. M. (2017). Parents' Experience of Hope When Their Child Has Cancer: Perceived Meaning and the Influence of Health Care Professionals. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 427-434.
- Dufault, K., & Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 379-391.
- Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 547-557.
- Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002). The concept of hope in nursing 6: research/education/policy/practice. *British Journal of Nursing*, 1404-1411.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Lisboa: Lusodidata.

- Kepreotes, E., Keatinge, D., & Stone, T. (2010). The experience of parenting children with chronic health conditions: a new reality. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 51- 62.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kylmä, J., & Juvakka, T. (2007). Hope in parents of adolescents with cancer: Factors endangering and engendering parental hope. *European Journal of Oncology Nursing*, 262-271.
- Leite, A. C., Garcia-Vivar, C., Neris, R. R., Alvarenga, W. d., & Nascimento, L. C. (2019). The experience of hope in families of children and adolescents living with chronic illness: A thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of advanced nursing*, 3264-3262.
- Magão, M. T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica. Em M. L. Basto, *Cuidar em Enfermagem - Saberes da Prática* (pp. 49-106). Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel.
- Regulamento nº140. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, pp. 4744 - 4750.
- Regulamento nº422. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, pp. 19192-19194.

Shorey, S., & Debby, E. (2020). The lived experiences of children and adolescents with noncommunicable disease: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Pediatric Nursing*, 75-84.

Apêndice II

Cronograma do percurso de estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Ano	2020						2021														
Mês	nov.		dez.				jan.				fev.				mar.					abr.	
Semanas	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	25	22	29	6	12
Serviço Neonatologia				20																	
Serviço de Urgência Pediátrica					Pausa letiva					31											
Serviço de Pediatria														28							
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados																	28				
Centro de Desenvolvimento Infantil																			Pausa letiva		16

Apêndice III

Proposta de implementação do um projeto - a carta
terapêutica

PROPOSTA DE PROJETO

“DIPLOMA DA ALTA”

Docente: Prof. Maria Teresa Magão

Orientadoras:

Discente: Inês Cavalaria

ÍNDICE

Apresentação

Porquê a esperança?

Os cuidados em Neonatologia

A carta terapêutica

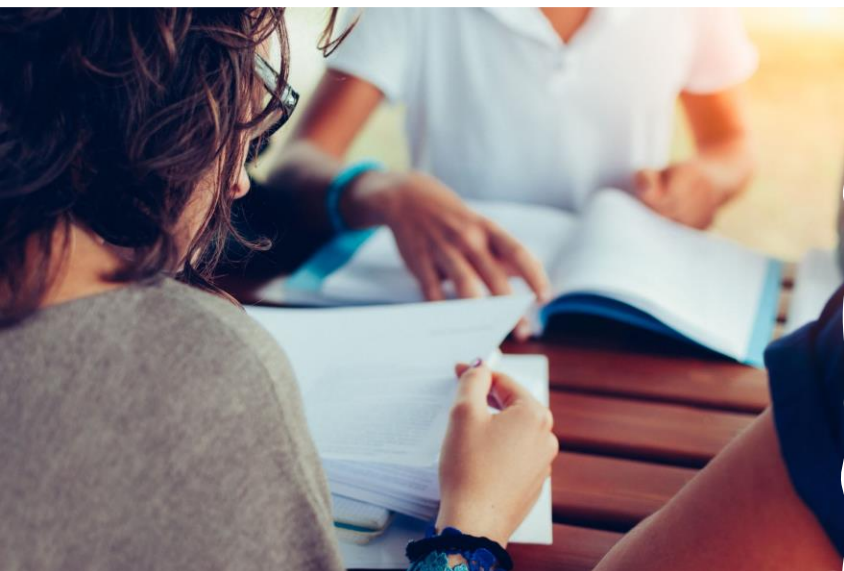
Diploma da Alta

Bibliografia

APRESENTAÇÃO



- Enfermeira no serviço de Pediatria Médica 5.1. - Hospital Dona Estefânia
- Aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
 - Estágio no contexto da aquisição de competências de Enfermeira especialista e da realização de um relatório com o tema "A promoção da esperança nos pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma intervenção especializada de Enfermagem" .



PORQUÊ A ESPERANÇA?

1. Ao prestar cuidados numa unidade de internamento médico é frequente o contacto com crianças e famílias que pela primeira vez se deparam com os obstáculos associados à condição crónica ou incapacidade na criança.
2. O papel positivo que a esperança exerce sobre a vida, a saúde e a doença é amplamente reconhecido e isso é significativo na enfermagem quando o objetivo é promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Assim, os enfermeiros têm sido permanentemente citados como promotores da esperança, por parte de clientes em diferentes fases do ciclo de vida (Farran, Herth & Popovich, 1995 cit. por Magão, 2012; Hammer, Mogensen & Hall, 2009).

ESPERANÇA NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM - DUFAULT & MARTOCCHIO (1985)

"Força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo".

O fenómeno é enquadrado em duas esferas:

- A esperança generalizada onde existe relação com algum benefício no futuro, sem ligação a um objeto
- A esperança particularizada que se relaciona com um objeto de esperança, um resultado específico e que é valorizado



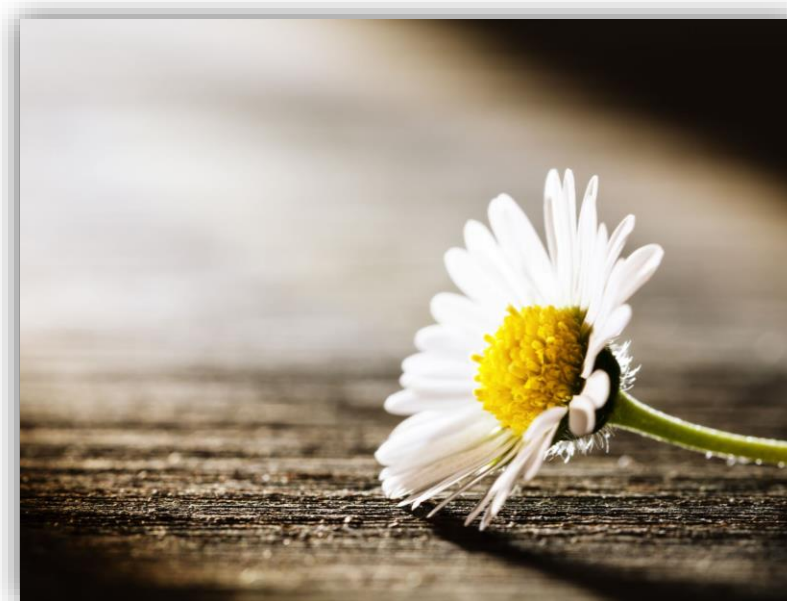
MODELO DE ESPERANÇA DE DFAULT & MARTOCCHIO (1985)



- Afetiva;
- Cognitiva;
- Comportamental;
- Aflitiva/relacional;
- Temporal;
- Contextual.

ESPERANÇA E A TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA

- O conforto é entendido como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio, à tranquilidade e à transcendência, nos quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Segundo esta teoria o estado de alívio é atingido quando uma necessidade é satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual (Kolcaba, 2003).



PERCEÇÃO DE PAIS E ENFERMEIROS SOBRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA



A CARTA TERAPÊUTICA

A CARTA TERAPÊUTICA

- Na prática clínica têm sido utilizadas cartas redigidas pelos profissionais de saúde e remetidas às famílias, entre as sessões clínicas realizadas entre terapeutas e pacientes com doença crônica, como um seguimento do processo terapêutico, designando-se essas cartas, como cartas terapêuticas (Moules, 2002).
- Têm vários propósitos, mas o seu principal objetivo é apoiar a família no processo de cura e alívio do sofrimento, estabelecendo e mantendo as relações entre o recetor e o destinatário (Moules, 2003).



A CARTA TERAPÊUTICA

- A promoção da esperança pode ser desenvolvida através da relação terapêutica entre os profissionais de saúde e os clientes, tendo como recurso diversos **instrumentos terapêuticos**, como por exemplo o humor, a música, a meditação, o toque terapêutico, as cartas terapêuticas entre outros (Lima-Basto et al., 2010).
- A experiência **da receção da carta terapêutica** cria inúmeras possibilidades de encontro consigo mesmo, promovendo reflexão e um feedback que inspira e melhora a relação (Moules, 2002; Stevens, 2010).
- **As cartas terapêuticas**, ao reconhecerem as capacidades, habilidades e as forças dos pais, **promovem a esperança parental** (Fonseca, Charepe & Capelas, 2015).

ALGUNS EXEMPLOS

CARTA DE RECONHECIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS

Caros Pais,

A vida é uma jornada constante de experiências e aprendizagens, com os seus altos e baixos, oscilando entre momentos positivos e outros menos positivos que nos fazem pensar nos porquês, tentando obter respostas para diminuir a angústia, a dor e criar um pouco mais de felicidade. Participamos na vossa vida já há algum tempo, pelo que em conjunto já ultrapassámos alguns obstáculos com otimismo e esperança no futuro, assistindo de perto ao vosso processo de adaptação e ao fortalecimento da vossa dinâmica familiar. Sabemos que o processo de adaptação não foi fácil e que muitas vezes sentiram-se com dúvidas, com medo, julgando-se incapazes de aprender a cuidar do vosso filho com todo um conjunto de cuidados tão específicos. Sabemos que muitas vezes foram quase dominados pela ansiedade, colocando em causa as vossas capacidades e habilidades como pais, mas que com o tempo foi diminuindo dando lugar a um sentimento de confiança e coragem. Por isso queremos neste momento dar-vos os parabéns por todas as conquistas e vitórias ao longo deste processo e pela demonstração da vossa capacidade de adaptação, de superação e dedicação, quer como pais e como família. Queremos dar os parabéns pela forma como superaram todos os obstáculos que surgiam a cada nova aprendizagem e por terem conseguido atingir exceccionalmente todos os objetivos propostos. Queremos de igual modo relembrar que continuamos disponíveis para vos apoiar nesta caminhada, estando sempre ao vosso dispor para esclarecer qualquer dúvida, para ajudar a estabelecer novos objetivos e para reforçar as vossas capacidades como pais e família. Desejamos que continuem a sentir a presença da esperança nas vossas vidas e que seja uma aliada para cada nova aprendizagem e adaptação.

A equipa de enfermagem

(Fonseca, Charepe, & Capelas, 2015)

ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011

Para: OS PAPÁS

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

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

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

A Esperança.

Obrigado por serem como são!

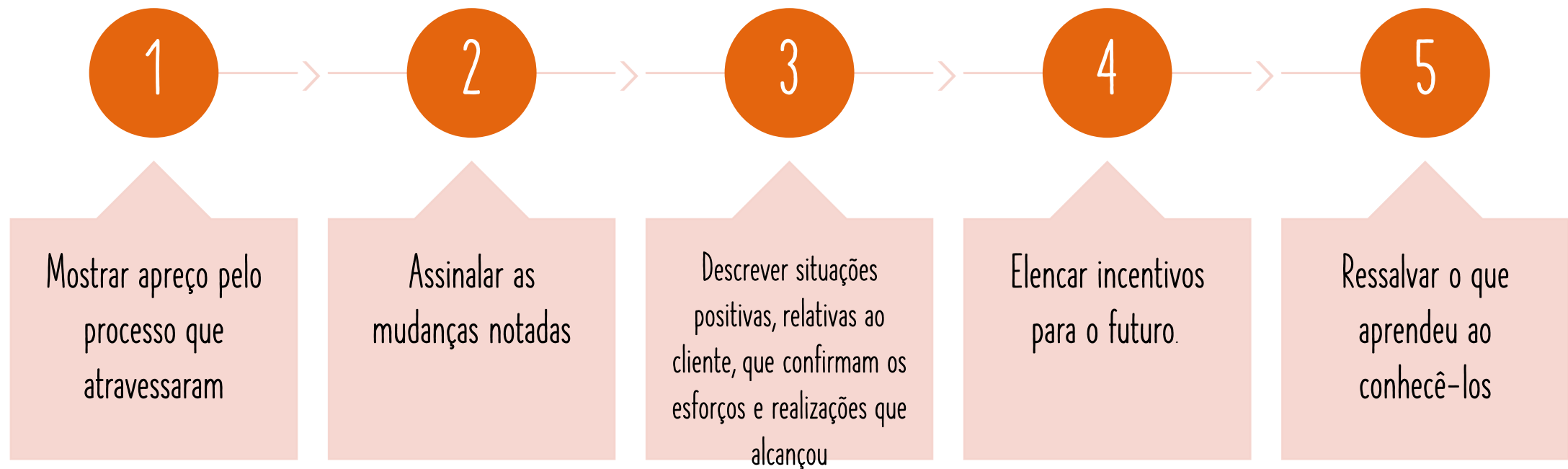


CT1

Ilustrações: Bela Fernandes

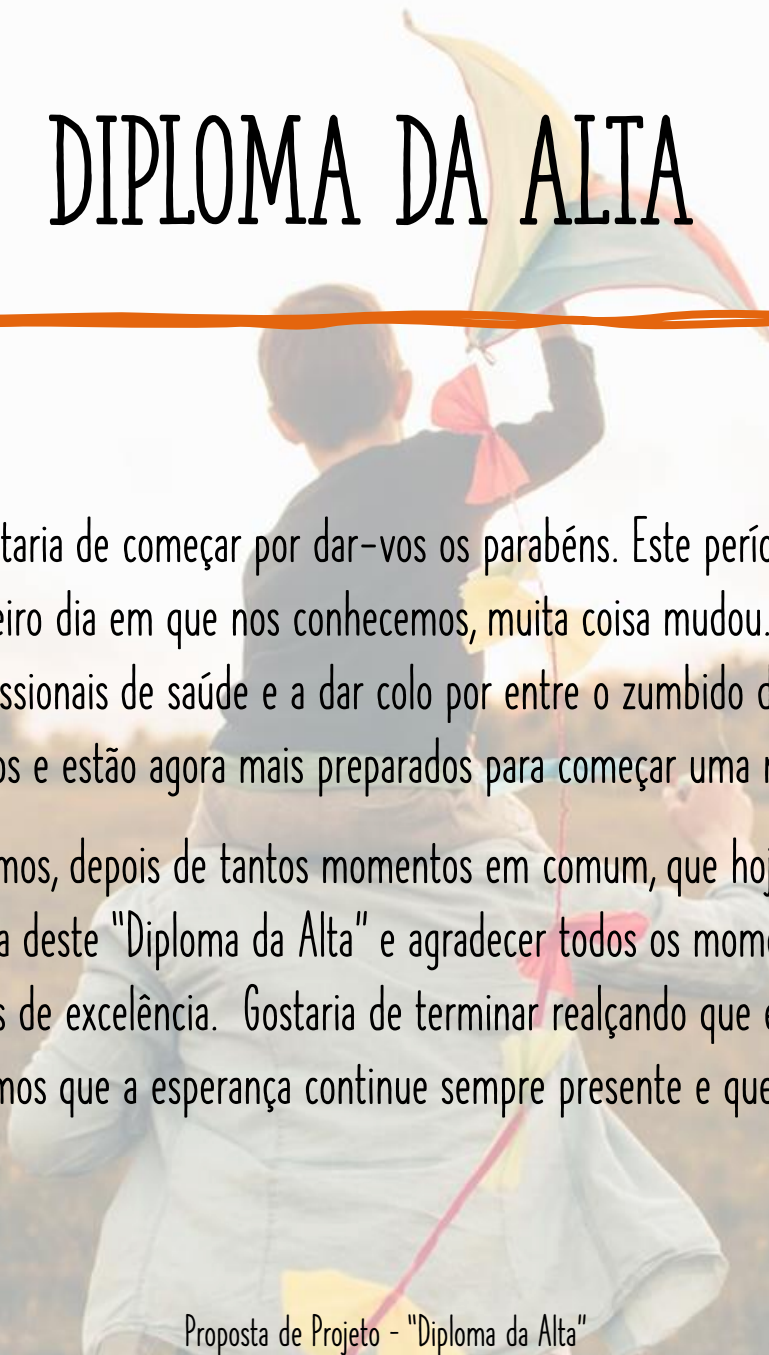
O DIPLOMA DA ALTA

ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DO DIPLOMA DA ALTA



Adaptado de Freed, McLaughlin, SmithBattle, Leanders, & Westhus, 2010

DIPLOMA DA ALTA

A child in a white lab coat is seen from behind, holding a flag with yellow, green, and red stripes. The child is standing in a field of tall grass under a bright, hazy sky. The overall tone is hopeful and celebratory.

Queridos papás,

Em nome de toda a equipa de enfermagem, gostaria de começar por dar-vos os parabéns. Este período difícil que atravessaram, hoje começa a adquirir um significado diferente. Desde o primeiro dia em que nos conhecemos, muita coisa mudou. Apesar de todos os sustos, aprenderam a dividir o vosso filho com a nova família de profissionais de saúde e a dar colo por entre o zumbido dos apitos e os fios de monitorização cardíaca e respiratória. Conseguiram superar muitos desafios e estão agora mais preparados para começar uma nova aventura.

Irão, ainda, surgir dificuldades. No entanto, sabemos, depois de tantos momentos em comum, que hoje estão mais capazes para as enfrentar. Desta forma gostaríamos de vos felicitar pela conquista deste "Diploma da Alta" e agradecer todos os momentos que partilhámos em que a vossa resiliência nos inspirou na prestação de cuidados de excelência. Gostaria de terminar realçando que estaremos sempre disponíveis para vos continuar a apoiar ao longo do percurso. Desejamos que a esperança continue sempre presente e que ilumine o vosso caminho.

A Enf.^a Inês Cavalaria

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dufault, K., & Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 379-391.

Fonseca, R., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2015). A influência das cartas terapêuticas na esperança dos pais de crianças com doença crônica. Lisboa, Portugal. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/315893559>

Freed, P. E., McLaughlin, D. E., SmithBattle, L., Leanders, S., & Westhus, N. (2010). "It's the Little Things That Count": The Value in Receiving Therapeutic Letters. *Issues in Mental Health Nursing*, 265-272.

Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 547-557.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Lima-Basto, M., Helena, J., Gomes, I., Potra, T., Diogo, P., & Reis, A. (2010). Therapeutic Instruments Used in Therapeutic Interventions: Is There evidence in nursing care? A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Caring Sciences*, 12-21.

Magão, M. T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crônica. Em M. L. Basto, *Cuidar em Enfermagem – Saberes da Prática* (pp. 49-106). Coimbra: Formasau.

Moules, N. J. (2002). Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice. *Nursing Inquiry*, 104-113.

MOULES, Nancy. – Therapy on paper: therapeutic letters and the tone of relationship. *Journal of Systemic Therapies*. Vol. 22, nº 1 (2003), pp. 33-49.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. d., & Erdmann, A. L. (jan.\fev.\mar. de 2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), pp. 137-146.

Stevens, S. (2010). Letter writing: possibilities and practice. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 45-56.

OBRIGADA



Inês Cavalaria



iepc@campus.esel.pt

Apêndice IV

Dossier temático da esperança no SUP

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

Estágio com Relatório

DOSSIER TEMÁTICO

**O enfermeiro e a promoção da esperança em
contexto de urgência pediátrica**

Inês Eliana Pinto Cavalaria

**Lisboa
janeiro de 2021**

11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório

DOSSIER TEMÁTICO

**O enfermeiro e a promoção da esperança em
contexto de urgência pediátrica**

Inês Eliana Pinto Cavalaria



Professora Orientadora:
Maria Teresa Gouvêa Magão



Lisboa
janeiro de 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. Artigo <i>“The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature”</i> 7	
2. Artigo <i>“An exploration of hope as a concept for nursing”</i>	8
3. Artigo <i>“Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática”</i>	9
4. Artigo <i>“The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing”</i>	10
5. Artigo <i>“Exploring Nurses’ and Patients’ Perceptions of Hope and Hope-Engendering Nurse Interventions in an Eating Disorder Facility: A Descriptive Cross-sectional Study”</i>	11
6. Artigo <i>“Emergency nurses’ provision of spiritual care: a literature review”</i>	12
CONCLUSÃO.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

INTRODUÇÃO

A admissão no serviço de urgência pode ser considerada como um evento stressante, quer para a criança, quer para a sua família. Pode significar um período de disrupção para a criança, que entende este ambiente como estranho e hostil, potencialmente indutor de uma sensação de falta de controlo, ansiedade de separação e medo associado a lesão corporal ou dor (Sanders, 2014). Neste contexto é frequente a ocorrência de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, requerendo cuidados de enfermagem ajustados. Estes cuidados englobam a realização de procedimentos de forma atempada, mas que devem ter em conta medidas de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem.

Devido à natureza dos traumas, doenças ou fatalidades com que a equipa de profissionais da urgência têm de lidar, pode ser difícil o estabelecimento de uma comunicação efetiva, embora esta seja essencial para o envolvimento nos cuidados, com o objetivo de diminuir o impacto negativo da hospitalização (Grahm, Olsson & Mansson, 2016).

Kolcaba e DiMarco (2005) referem-se à aplicação da Teoria do Conforto em contexto pediátrico, tentando assim alcançar o sentido de conforto e de segurança da criança e família, alvos de cuidado. Neste sentido os autores reforçam a importância do cuidado individualizado e da adoção de uma filosofia holística, para que seja possível para o enfermeiro identificar e eliminar fatores que possam fazer sentir a criança insegura. Referem ainda que otimizando fatores psicoespirituais, físicos, sociais e ambientais, podem atingir-se os estados de transcendência, alívio e calma, promovendo o conforto.

Uma revisão da literatura por McBrien (2010) revelou que o cuidado de enfermagem em contexto de urgência tem-se tornado menos pessoal, com ênfase crescente nos aspetos técnicos do cuidado. Apesar disto, revela que as pessoas continuam a necessitar de intervenções dirigidas ao cuidado espiritual, constituindo a esperança um dos elementos desse cuidado.

A esperança, entendida como conceito fronteira, tem sido largamente explorada em filosofia, teologia e psicologia, acabando também por ser abordada no âmbito da enfermagem por Dufault & Martocchio. É entendida por estas autoras como

uma “força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo” (Dufault & Martocchio, 1985, p. 390). O papel positivo que a esperança exerce sobre a vida, a saúde e a doença é amplamente reconhecido e isso é significativo na enfermagem quando o objetivo é promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Por este motivo, os enfermeiros têm sido permanentemente citados como promotores da esperança, por parte de clientes em diferentes fases do ciclo de vida (Farran, Herth & Popovich, 1995 cit. por Magão, 2012; Hammer, Mogensen & Hall, 2009). De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018) os enfermeiros devem envolver-se em práticas focadas na esperança e usar estratégias para fortalecer a esperança em seus clientes.

Como tal, definiu-se como estratégia para o desenvolvimento de práticas orientadas para a esperança no serviço de urgência, a elaboração do presente dossier temático. Este documento não significa em si um fim, mas um meio para iniciar um caminho com vista no desenvolvimento de competências de enfermagem que dão visibilidade e envolvem a esperança na prestação de cuidados. Desta forma pretende-se fomentar a reflexão dos enfermeiros sobre a importância da promoção da esperança em contexto de serviço de urgência e é um instrumento que pode continuar a ser atualizado e complementado pela equipa de enfermagem.

O grupo de artigos científicos que compõem o documento é acompanhado por um resumo para uma mais rápida consulta e a sua inclusão está justificada no próximo parágrafo.

O primeiro artigo selecionado para este dossier, é também o primeiro de uma série de seis artigos, com foco no conceito da esperança. Este artigo, por Cutcliffe & Herth (2002), assume-se como basilar para uma compreensão mais extensa do termo “esperança” assumindo-se como fundamental para entender como têm sido estabelecidas ligações entre o conceito e a enfermagem ao longo dos tempos. Segue-se um artigo por Tutton, Seers, & Langstaff (2009) que destaca a relevância da promoção da esperança para os enfermeiros nos vários contextos e como por vezes esta se torna tão incutida na prática, que se torna quase implícita. As autoras referem a importância no desenvolvimento de competências para que a este trabalho se torne visível. No artigo de Cavaco, et al., (2010) evidencia-se o papel central que a

esperança assume na vida das pessoas, ao longo do ciclo de vida, nomeadamente em situações de crise e de como o enfermeiro pode promover a esperança ou evitar que esta se perca. De novo as autoras Cutcliffe & Herth (2002), apresentando outro dos artigos da mesma serie, revisitam o conceito, mas desta vez em contexto de prestação de cuidados ao doente crítico, fornecendo orientações para que os enfermeiros possam prestar cuidados promotores de esperança.

Stavarski, Alexander, Ortiz, & Wasser (2019) em um artigo sobre a importância da promoção da esperança em indivíduos com distúrbios alimentares, ressaltam que esta população experiencia mais frequentemente noção de desespero e pensamentos ou comportamentos suicidas, pelo que intervenções promotoras de esperança devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros. A inclusão deste artigo prende-se também devido ao contacto com crianças com distúrbios alimentares e as suas famílias com o qual tive oportunidade de assistir no serviço de urgência.

Por último McBrien (2010) explora o cuidado espiritual em contexto de urgência, dando à promoção da esperança um papel de destaque. Este artigo abre horizontes por considerar o papel da dimensão espiritual e da esperança na recuperação do individuo, orientando para um caminho em que a mestria das novas tecnologias deve aumentar a capacidade dos enfermeiros no desenvolvimento de intervenções orientadas para o cuidado espiritual.

1. Artigo “*The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature*”

Cutcliffe, J. R., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 833-840.

Resumo

A esperança tem sido descrita em termos teóricos desde há muitos anos, mas o reconhecimento da importância da esperança na prática da enfermagem é um fenómeno mais recente. Este é o primeiro de uma série de seis artigos, que pretendem explorar a natureza da esperança, revisitar o trabalho teórico e empírico existente em várias áreas distintas da enfermagem e fornecer estudos de caso para ilustrar o papel que a esperança desempenha nas situações clínicas.

Este artigo começa por apresentar uma análise contextual da esperança e aborda o passado filosófico do conceito, segundo as perspetivas chinesa, da Índia oriental, da Grécia antiga, cristã e existencial.

Em seguida, aborda as definições da esperança relativas aos cuidados de saúde: esperança dos adolescentes e esperança em pacientes com cancro, que suportam o modelo de Dufault & Martocchio (1985).

Em terceiro lugar os autores fazem uma análise do conceito com recurso a revisões da literatura, chegando à conclusão que, apesar de o termo ser abordado várias vezes, é ainda difícil encontrar uma definição suficientemente abrangente para a esperança.

2. Artigo “An exploration of hope as a concept for nursing”

Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 119-127.

Resumo

A esperança é entendida como importante para a recuperação e os enfermeiros são entendidos como “facilitadores” da esperança para os pacientes e para as suas famílias. Neste sentido, o objetivo deste artigo é examinar a percepção de esperança nos cuidados de saúde com foco particular na natureza da esperança em enfermagem, a relação da esperança com outros conceitos periféricos, a experiência da esperança em alguns contextos e a contribuição da enfermagem. Para isso, o artigo começa por examinar a natureza da esperança em enfermagem e as suas definições, assim como o enquadramento da esperança enquanto expectativa, nomeando as especificidades de cada tipo.

A relação da esperança com outros conceitos como desesperança e desespero e a experiência da esperança em diferentes contextos também é explorada.

Por fim, aborda-se a contribuição da enfermagem e a relevância da esperança para a prática clínica, já que, aparentemente, a esperança encontra-se incutida nas práticas dos enfermeiros. Os estudos consultados sugerem que os enfermeiros têm um papel na relação com a esperança. Contudo, este papel permanece camuflado, genérico e incorporado nas relações interpessoais.

Os autores referem que a esperança é um conceito emergente e que é necessário continuar a explorar a sua presença em vários contextos, pois isso poderá capacitar os profissionais de saúde a desenvolver as suas competências na sustentação e facilitação de esperança nos outros, através das suas interações diárias e atividades.

3. Artigo “Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática”

Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A. F., Martins, A., & dos Santos, M. (12 de março de 2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência*, pp. 93-103.

Resumo

Este artigo é uma Revisão Sistemática da Literatura que tem como objetivo compreender a relação entre a esperança e a saúde da pessoa.

Foram selecionadas fontes no espaço cronológico de 1999 a 2009 que obedecem aos critérios de inclusão, definindo igualmente critérios de exclusão. A apresentação de resultados é realizada através de um diagrama que representa os achados dos artigos considerados, compreendendo o papel da esperança na saúde da pessoa, as ações de enfermagem que influenciam ou são influenciadas pela esperança, ações que limitam a esperança e também ações incrementadoras de esperança nas pessoas.

Este artigo conclui que a esperança tem um efeito benéfico para a saúde das pessoas, sendo um dos aspetos centrais no cuidado de enfermagem, na capacitação da pessoa para lidar com situações de crise, para a manutenção da qualidade de vida, para a determinação de objetivos saudáveis e para a promoção da saúde. A esperança pode, ainda, ser encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Desta forma torna-se imprescindível que os enfermeiros reconheçam a sua relevância, no progresso do estado de saúde da pessoa de quem cuidam, uma vez que se encontram, inevitavelmente, numa posição que a pode influenciar positiva ou negativamente.

A esperança surge, de modo inegável, como um conceito central em enfermagem e como uma componente fundamental do agir profissional dos enfermeiros.

4. Artigo “*The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing*”

Cutcliffe, J. R., & Herth, K. A. (2002). The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing. *British Journal of Nursing*, 1191-1195.

Resumo

Este artigo é o quinto artigo de uma série de seis artigos que pretendem explorar a natureza da esperança, revisar o trabalho teórico e empírico existente em várias áreas distintas da enfermagem e fornecer estudos de caso para ilustrar o papel que a esperança desempenha nas situações clínicas.

Este artigo foca-se na esperança em contexto de prestação de cuidados ao doente crítico. Em primeiro lugar reflete sobre a relevância da esperança para o enfermeiro na prestação de cuidados ao doente crítico, explorando formas através das quais este poderá promover a esperança na prestação de cuidados a esta população. Em seguida descreve o trabalho empírico e teórico desenvolvido nesta área, incluindo dois estudos de caso que evidenciam o papel e o valor da esperança. O artigo conclui com algumas questões para investigação futura e com o sumário de algumas intervenções que os enfermeiros em prestação de cuidados ao doente crítico podem utilizar para inspirar esperança nos seus clientes.

5. Artigo “Exploring Nurses’ and Patients’ Perceptions of Hope and Hope-Engendering Nurse Interventions in an Eating Disorder Facility: A Descriptive Cross-sectional Study”

Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2019). Exploring nurses’ and patients’ perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 29-38.

Resumo

Sabe-se que os indivíduos com distúrbios alimentares experienciam pensamentos e comportamentos suicidas mais frequentemente do que a população em geral. As intervenções promotoras de esperança em pacientes com distúrbios alimentares podem aumentar os níveis de autoeficácia, capacidade de *coping* e os níveis de esperança no futuro dos mesmos.

Desta forma, este artigo pretende explorar as diferenças entre as percepções dos pacientes e dos enfermeiros sobre ações que promovem a esperança, mas também a relação que essas ações têm com a percepção de esperança dos pacientes. Foi utilizado o método descritivo, transversal, comparativo correlacional e foi reportado pelos pacientes que as intervenções mais efetivas eram o providenciar bom ambiente, com alívio da dor e manutenção do conforto e o envolvimento dos pacientes no seu próprio cuidado e tratamento. Conclui que os enfermeiros desenvolvem ações promotoras de esperança com mais frequência e eficácia do que o que se acreditava.

Os autores recomendam que o ensino em enfermagem deva ajudar os enfermeiros a desenvolver estratégias promotoras de esperança e a melhorar a relação com pacientes com distúrbios alimentares.

6. Artigo “*Emergency nurses’ provision of spiritual care: a literature review*”

McBrien, B. (2010). Emergency nurses’ provision of spiritual care: a literature review. *British Journal of Nursing*, 768-773.

Resumo

Este artigo é uma revisão da literatura sobre a promoção do cuidado espiritual pelos enfermeiros no serviço de urgência. A evolução galopante da tecnologia e da carga de trabalho neste contexto parece ter potencial para ameaçar o cuidado espiritual em enfermagem. O artigo explora o conceito de “cuidado espiritual” em enfermagem desde a origem teórica do termo até às percepções dos enfermeiros sobre o tema. Em seguida aborda também a importância da esperança e da sua promoção.

Assume-se que grande parte dos pacientes sente ansiedade, medo e incerteza em relação ao futuro durante a hospitalização, representando um grande período de vulnerabilidade. Os enfermeiros devem prestar cuidados holísticos e individualizados tendo em conta fatores psicológicos, biológicos, sociais e espirituais da vida das pessoas.

Conclui-se que pela mestria das novas tecnologias pode ser possível ter mais tempo para intervenções de cuidado espiritual, mas também que se deve continuar a elencar esforços para uma clarificação deste conceito.

CONCLUSÃO

Com a realização deste dossier temático torna-se evidente a relevância da esperança nos cuidados de enfermagem. Muitos destes artigos espelham não só isso, como também que a promoção da esperança é favorável à recuperação dos indivíduos. A esperança assume um papel central na vida das pessoas, ao longo do ciclo de vida, nomeadamente em situações de crise, tornando-se fundamental o conhecimento de estratégias para a sua promoção em contexto de urgência pediátrica. Neste sentido é importante que os profissionais continuem a desenvolver as suas competências nesta área, por forma a valorizá-las, mas também porque estas são bastante valorizadas pelos recetores de cuidados.

Concluindo este dossier temático pode salientar-se a dificuldade na pesquisa em obter artigos com enfoque em contextos de urgência pediátrica, embora muitos espelhem a realidade do enfermeiro em contexto de urgência. Como tal, faz sentido afirmar que existe uma lacuna ao nível da investigação sobre o tema, que por ser pertinente, carece de mais investigação.

Entende-se que este dossier temático possa constituir uma ferramenta potenciadora de reflexão na equipa de enfermagem contribuindo para a prestação de cuidados baseados na evidência e para a promoção da esperança das crianças, jovens e das suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A. F., Martins, A., & dos Santos, M. (12 de março de 2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência*, pp. 93-103.
- Cutcliffe, J. R., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 833-840.
- Cutcliffe, J. R., & Herth, K. A. (2002). The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing. *British Journal of Nursing*, 1191-1195.
- Dufault, K., & Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 379-391.
- Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 2-8.
- Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 547-557.
- Herth, K. A., & Cutcliffe, J. R. (2002). The concept of hope in nursing 6: research/education/policy/practice. *British Journal of Nursing*, 1404-1411.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 187-194.
- Magão, M. T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica. Em M. L. Basto, *Cuidar em Enfermagem - Saberes da Prática* (pp. 49-106). Coimbra: Formasau.
- McBrien, B. (2010). Emergency nurses' provision of spiritual care: a literature review. *British Journal of Nursing*, 768-773.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018). Diário da República - Regulamento n.º 422/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, pp. 19192-19194.

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

- Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2019). Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 29-38.
- Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 119-127.

Apêndice V

Jornal de aprendizagem

11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório

Jornal de aprendizagem

Inês Eliana Pinto Cavalaria

**Lisboa
janeiro de 2021**

11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Inês Eliana Pinto Cavalaria

Professora Orientadora:
Maria Teresa Gouvêa Magão

Lisboa
janeiro de 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
Jornal de aprendizagem	3
CONCLUSÃO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	10

INTRODUÇÃO

O presente jornal de aprendizagem insere-se no âmbito do período de estágio que decorreu entre 4 e 31 de janeiro de 2021 no serviço de urgência pediátrica. A sua elaboração tem o objetivo de refletir sobre uma situação presenciada neste contexto, envolvendo o incentivo à alimentação numa adolescente com um distúrbio alimentar.

No quotidiano do enfermeiro a reflexão está presente em muitas das situações com que se depara, para as quais vai tentando adquirir significado. O trabalho continuado do enfermeiro na tentativa de desvendar significados que resultem em aprendizagem, recorre à prática reflexiva. Este é um processo multidimensional que procura problematizar um largo espectro de situações da prática, favorecendo também a promoção de competências contínuas e a identificação de objetivos, auxiliando a movimentação através do contínuo de “noviço a perito” (Freshwater, 1999; Serrano, da Costa & da Costa, 2011).

Para uma prestação de cuidados especializada é essencial uma prática reflexiva com o compromisso da adoção de um papel de liderança nos processos de tomada de decisão na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica. A pertinência deste documento alinha-se com os objetivos definidos para este campo de estágio, favorecendo o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos vários contextos de prestação de cuidados.

A metodologia escolhida para guiar esta reflexão é o ciclo reflexivo de Gibbs (1988), ferramenta que orienta esta reflexão de acordo com as etapas:

- 1 – Descrição – o que aconteceu?;
- 2 – Sentimentos – quais foram os meus pensamentos e sentimentos na altura?;
- 3 – Apreciação inicial – quais os pontos fortes e os pontos fracos que a experiência revelou?;
- 4 – Análise – à luz da mais recente literatura, que sentido pode ter esta situação?;
- 5 – Conclusão – de que outra forma poderia esta situação ter sido gerida?;
- 6 – Plano de ação – como poderei gerir uma situação semelhante no futuro?.

1 – Descrição – o que aconteceu?

No decorrer da passagem de turno no serviço de urgência tomámos conhecimento do caso de uma adolescente com 15 anos que estava em sala de observação. Para efeitos de apresentação do caso, irá utilizar-se o nome fictício de Maria.

A Maria, tinha dado entrada há menos de 24 horas no serviço de urgência, acompanhada pela mãe, por recusa alimentar desde há 2 dias, apenas com ingestão quase exclusiva de água, em pequenas quantidades e após insistência. À entrada foi triada segundo o Sistema de Triagem Canadiana como “Muito Urgente” de acordo com a Norma nº 002 de 2018 da Direção Geral da Saúde. Nesta altura apática, pálida, com fácies triste e visivelmente emagrecida. Por apresentar hipoglicémia, oligúria e sinais de desidratação teve necessidade de colocação de um cateter venoso periférico por onde iniciou fluidoterapia, que mantém até ao momento em que tomei contacto com ela, cerca de 12 horas depois.

A adolescente tinha sido diagnosticada com anorexia nervosa há cerca de 9 meses, tendo tido um internamento no serviço de Pedopsiquiatria, com duração de 6 meses, neste mesmo hospital. Teve alta com indicação para seguimento em consultas externas e comprimento de dieta e esquema medicamentoso. Devido a estes antecedentes, é aqui que a mãe recorre, em detrimento do hospital da área de residência na região do Algarve.

No momento da minha observação, esta jovem apresenta um discurso coerente e compatível com a sua idade, bastante comunicativa. Em conjunto com a equipa médica e serviço de dietética, é realizado um esforço para que a Maria comece a alimentar-se aos poucos, tendo em conta o plano alimentar recomendado para o domicílio. Fica também com indicação que necessitará de internamento da unidade de pedopsiquiatria, pelo que é iniciado o processo de transferência.

Enquanto a Maria aguardava transferência foi possível estabelecer uma comunicação eficaz com a adolescente, com o objetivo de desenvolver uma relação terapêutica, o que facilitou o processo de cuidado. Percebemos que segundo a Maria, a recaída se tinha devido ao regresso ao ambiente onde estava inserida, o início das

aulas, o regresso à convivência com o grupo de amigos e o medo de perder o controlo acabaram por desencadear a situação. Apesar do aparente *insight* sobre os fatores desencadeantes, mantém recusa alimentar recusando o pequeno-almoço. Após muita insistência é estabelecido um contrato verbal de que se comesse ao almoço pelo menos metade da sopa e metade do primeiro prato, que poderia suspender a soroterapia. Foi também incentivada a autoestima, junto da adolescente, pois percebeu-se que era boa aluna e que tinha professores e amigos que se preocupavam com ela.

Ao almoço e após demorar bastante tempo à refeição ingere apenas metade da sopa e 1/3 do primeiro prato. Como não foi cumprido o acordo, acaba por se manter a soroterapia e nesta altura é transferida para o internamento.

2 – Sentimentos - Quais foram os meus pensamentos e sentimentos na altura?

Perante esta situação senti alguma insegurança em abordar a adolescente e a mãe, que estava a acompanhar. Se por um lado a minha experiência profissional é escassa no contacto com adolescentes, por outro, a presença de um distúrbio alimentar torna a situação ainda mais delicada, pela dificuldade na negociação com a adolescente, para que se alimente. Nesta situação senti também que a adolescente se sentiu incomodada quando a mãe verbalizou as dificuldades a nível familiar e o impacto que o distúrbio alimentar assume nas suas vidas. Por outro lado, foi positivo sentir que esta família valoriza e confia na instituição e nos profissionais num momento de “descompensação” do distúrbio alimentar.

A mãe encontrava-se visivelmente transtornada e com sentimentos de culpa e de falta de autoeficácia, porque não tinha conseguido que a filha mantivesse a dieta recomendada para o domicílio e por ter de recorrer novamente ao hospital. Esta responsabilizava parcialmente o pai de Maria, que não vive com elas e que não tem dado apoio suficiente durante toda este período, tornando-se um pai ausente, o que senti serem fatores que contribuíram também para o desencadear da falta de adesão terapêutica da Maria.

No contacto com a Maria e a sua mãe senti-me motivada para a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a intervenção do enfermeiro junto de crianças com distúrbios alimentares e as suas famílias. Ao exercer atividade enquanto enfermeira num serviço de internamento de primeira infância, é para mim uma experiência

enriquecedora ter contacto com adolescentes, apesar de ser indutor de alguma ansiedade relacionada com a falta de experiência.

3 – Apreciação inicial – Quais os pontos fortes e os pontos fracos que a experiência revelou?

Acompanhada pela enfermeira orientadora fui sendo capaz de perceber como estabelecer uma relação terapêutica com a adolescente e com a mãe. Apesar disso, lidar com esta situação num serviço de urgência não se torna simples, não só devido à priorização pela estabilização das funções vitais, mas também pela falta de privacidade que as limitações do espaço físico apresentam. A sala de observação é composta por duas unidades de utentes, divididas por um biombo e isso de algum modo acabou por inibir a comunicação, embora nesse momento apenas se encontrasse essa família na sala.

Também as contingências da pandemia limitaram a interação com os restantes elementos da família uma vez que apenas é permitido que um familiar possa acompanhar a adolescente. Para além de tudo isto as máscaras dificultam a comunicação, tornando-se barreiras físicas à comunicação não verbal. Todos estes fatores acabaram por ser responsáveis pelo sentimento de frustração ao longo da gestão de toda esta situação, já por si tão exigente do ponto de vista emocional.

A negociação com a adolescente para que esta se alimente, o estabelecimento de “contratos” verbais, a tentativa de estabelecimento de objetivos e a assertividade que observei na intervenção da minha enfermeira orientadora foram fundamentais para persuadir a jovem a alimentar-se.

4 – Análise – à luz da mais recente literatura, que sentido pode ser feito deste evento?

A adolescência é a fase da vida entre a infância e a vida adulta, compreendida entre os 10 e os 19 anos. É uma fase única do desenvolvimento humano e uma fase importante para o estabelecimento de fundações para uma saúde ideal. Durante esta fase, os adolescentes estabelecem padrões de comportamento – por exemplo, relacionados com a dieta, atividade física, uso de substâncias e atividade sexual – que podem proteger a sua saúde e a saúde dos que os rodeiam (Organização Mundial de Saúde, 2021). Esta fase envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e económicos (Papalia & Feldman, 2013). Diz-se por isso que a adolescência é um tempo de

oportunidades e riscos, podendo os comportamentos de risco, refletir imaturidade do cérebro adolescente.

Do processo de crescimento e desenvolvimento, fazem parte novas reflexões, tomadas de decisão e condutas, que até então não tinham sido tentadas. Assim, este processo vai envolvendo alguma forma de risco que, dependendo do resultado, pode ser considerado de dois modos: o que gera prejuízo, com repercussões negativas no estado de saúde e danos a curto, médio ou longo prazo ou o que cria oportunidades, em que os comportamentos podem tornar-se vantajosos ou necessários para o crescimento, desenvolvimento de autonomia e construção de novas interdependências; tornando-se contributos importantes para a maturação e expressão das potencialidades físicas, para o enriquecimento psico-afectivo e para a socialização. Entre os comportamentos de risco estão sinalizados como problemas de saúde preocupantes os consumos nocivos de substâncias, as infeções sexualmente transmissíveis, a parentalidade precoce e os desequilíbrios alimentares (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Uma preocupação excessiva com a imagem corporal pode conduzir a esforços obsessivos para controlar o peso. Os adolescentes encontram-se em risco de desenvolver anorexia nervosa ou bulimia nervosa, ambas envolvendo padrões anormais de ingestão de alimentos. Esses transtornos crónicos ocorrem no mundo todo, principalmente em adolescentes e jovens. Em Portugal, o número de hospitalizações por Anorexia Nervosa aumentou entre 2000 e 2014, sendo este diagnóstico o mais comum por entre os distúrbios alimentares representando 54,1% dos casos e o maior número de hospitalizações, com mais probabilidade de recaída e necessidade de segundo internamento (Cruz, et al., 2018).

Os enfermeiros ocupam lugar de destaque no atendimento a estas crianças e adolescentes, pois possuem a habilidade de gerir a complexidade das suas relações com os pacientes. Os autores Salzmänn-Erikson & Dahlén (2017), numa síntese descritiva da literatura, identificaram fatores que promovem a relação com as crianças adolescentes e jovens adultos com anorexia nervosa, promovendo um aumento da sua saúde e bem-estar, que podem ser basilares para a intervenção do enfermeiro. Por forma a ilustrar os resultados obtidos, os autores elencaram quatro temas presentes na tabela 1.

Essenciais para a relação	• Sentimentos de solidariedade, participação e igualdade • Abertura, integridade e honestidade • Confiança e segurança.
A pessoa no centro	• Ver a pessoa por trás do diagnóstico • Equilíbrio entre o físico e o psicológico
As atitudes dos enfermeiros	• Motivação e esperança • Manter a estrutura, responsabilidade e normalidade • Presença e disponibilidade
Conhecimento	• Entendimento, experiência e conhecimento • Gestão emocional e identificação

Tabela 1 - Fatores promotores da relação com crianças, jovem e adolescentes com anorexia nervosa, adaptado de Salzmann-Erikson & Dahlén (2017).

Um dos principais objetivos após a recuperação na anorexia nervosa é a prevenção de recaídas. Berends, et al. (2018) sugerem que para prevenir recaídas, o profissional de saúde, o paciente e sua família devem colaborar estreitamente para obter uma melhor compreensão do processo individual de recaída do paciente. Trabalhando juntos, eles analisam e descrevem em detalhes os gatilhos e os primeiros sinais de alerta de recaída.

Os enfermeiros precisam de adotar e manter uma postura empática e de apoio, mantendo ao mesmo tempo uma atitude firme, na gestão de cuidados ao adolescente com anorexia nervosa, sem criar uma atitude passiva e dependente. O adolescente precisa de apoio constante, confiança, para lidar com sentimentos ambivalentes relacionados com o conceito do corpo e o desejo de ser visto como colaborante, confiável e digno de amabilidade. É importante encorajar o adolescente, com atividades que fortaleçam a autoestima facilitem a ressocialização e promovam a aceitação social entre pares (Hockenberry & Wilson, 2014).

A vigilância, o apoio e a relação com os adolescentes e as suas famílias torna-se assim essencial para uma boa adesão do regime terapêutico, o que consequentemente minimiza recaídas, promovendo o maior grau de bem-estar possível.

5 – Conclusão – de que outra forma poderia esta situação ter sido gerida?

Na minha opinião, a situação foi gerida em conformidade da situação que se apresentou. O papel do enfermeiro é importante na gestão da situação, pois estando em constante contacto com a adolescente, é capaz de avaliar a situação e agir em conformidade não só através da relação terapêutica, mas também potenciando o envolvimento da família no plano de cuidados.

Inicialmente a vida da adolescente estava em perigo iminente, como resultado da desnutrição, contudo, após a implementação de um plano para restaurar a homeostasia fisiológica - reposição de líquidos e eletrólitos e monitorização dos sinais vitais – foi possível evitar a morte ou falência multiorgânica.

Após este período, as estratégias adotadas foram de encontro ao recomendado na literatura, com o efetivo estabelecimento de uma relação terapêutica, que promoveu a aceitação do internamento médico, fortaleceu o insight da adolescente e da família e promoveu a adesão ao plano terapêutico.

6 – Plano de ação – como poderei gerir uma situação semelhante no futuro?

No futuro, para além das estratégias utilizadas, julgo também ser importante um trabalho em colaboração com a equipa de saúde multidisciplinar (nutrição, psicólogo, psiquiatra e pediatra), essencial para perceber extensivamente o que o que desencadeou a falha na adesão ao plano terapêutico. Será então, numa fase posterior, necessária a alterações dos planos terapêuticos adaptando-os aos novos desafios que se apresentam perante a adolescente e a família, que acabam por influenciar a saúde em todos os aspetos.

O incentivo para o adolescente verbalizar sentimentos e preocupações referentes à sua imagem, em relação aos seus pares e à família é uma das mais importantes intervenções, por permite a verbalização de preocupações e medos, promove a expressão de perceções de si no contexto familiar e auxilia na identificação de padrões distorcidos de interação que careçam de clarificação ou modificação.

Como base para o incentivo da manutenção da gestão alimentar e controlo de peso, a promoção de autoestima dos adolescentes acaba por ser uma estratégia com bastante significado junto dos mesmos, já que muitas vezes uma preocupação excessiva e uma baixa autoestima ligada à imagem corporal potenciam os comportamentos obsessivos para o controlo do peso.

CONCLUSÃO

Este jornal de aprendizagem foi bastante importante no meu processo de aprendizagem, no que se refere ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na área de saúde infantil e pediátrica. A reflexão sobre a prática permitiu-me analisar a situação e perceber qual a importância das intervenções que decorrem por vezes de forma tão natural.

A adolescente e a mãe foram transferidas no final do turno para continuar os cuidados em contexto de internamento e é importante que haja uma continuidade de cuidados para gerir de forma eficaz esta situação. O envolvimento da família, amigos, escola e cuidados de saúde primários é essencial para manter a adesão ao plano terapêutico, já que um distúrbio alimentar significa um problema sério que pode afetar a saúde de forma importante.

O enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica assume um papel privilegiado, já que tem o dever de assumir o papel de gestor de caso, promovendo a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. É importante que na comunicação com o adolescente seja facilitada a comunicação expressiva de emoções e o estabelecimento de uma relação terapêutica com o mesmo. O plano de cuidados junto de um adolescente com distúrbios alimentares deve compreender o reforço de uma imagem corporal positiva e de uma tomada de decisão responsável que não comprometa o plano terapêutico, podendo agir em conformidade em momentos da recaída, mas essencialmente agindo preventivamente para os evitar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berends, T., van de Lagemaat, M., van Meijel, B., Coenen, J., Hoek, H. W., & van Elburg, A. A. (2018). Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1-10.
- Cruz, A. M., Gonçalves-Pinho, M., Santos, J. V., Coutinho, F., Brandão, I., & Freitas, A. (2018). Eating disorders - Related hospitalizations in Portugal: A nationwide study from 2000 to 2014. *International Journal of Eating Disorders*, 1201-1206.
- Direção Geral da Saúde. (09 de janeiro de 2018). Norma nº 002/2018. Lisboa, Portugal. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guided discovery: Clinical Supervision. *British journal of nursing*, 8(20), 1383-1389.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Lisboa: Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (10 de janeiro de 2021). *Adolescent health*. Obtido de World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed.). (C. F. Vercesi, D. Cattunda, J. C. dos Santos, M. d. Silva, & C. Monteiro, Trans.) Porto Alegre: AMGH.
- Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13.
- Serrano, M. T., da Costa, A. d., & da Costa, N. M. (março de 2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*(3), 15-23.

Apêndice VI

Proposta de implementação do *Journal Club*

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

Estágio com Relatório

Proposta de implementação de um *journal club*

Inês Eliana Pinto Cavalaria



**Lisboa
fevereiro de 2021**

11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório

Proposta de implementação de um *journal club*

Inês Eliana Pinto Cavalaria



Professora Orientadora:
Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
fevereiro de 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1 – Operacionalização das reuniões do <i>Journal Club</i>	5
1.1 – Formato das reuniões	5
1.2 – Plano das reuniões	5
1.3 – Apoios institucionais	6
1.4 – Coordenador das reuniões	7
1.5 – Local, duração das reuniões e calendarização anual	7
1.6 – Temas sugeridos para abordagem	8
1.7 – Atividades a desenvolver	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
APÊNDICE I - CHECK LIST PARA ANÁLISE DO ARTIGO	15

INTRODUÇÃO

No seguimento do meu percurso enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e no decorrer do meu estágio no serviço de Pediatria, mas também desenvolvendo atividade enquanto enfermeira no mesmo serviço, deparo-me com uma necessidade da equipa de enfermagem - a existência de um momento de reflexão em equipa. Para colmatar esta necessidade proponho a implementação de uma ferramenta que considero apropriada, o *Journal Club*.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), os enfermeiros devem avaliar continuamente a sua prática clínica numa perspetiva de melhoria contínua com o objetivo de proporcionar sempre os melhores cuidados. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), esta perspetiva tem por base um processo de aprendizagem contínuo, com base na reflexão, através da qual os enfermeiros poderão dar mais sentido à sua prática, de uma forma significativa e construtiva.

A mesma fonte refere que a reflexão interpares, particularmente importante nas fases de mudança de práticas, necessita de tempo disponibilizado longe da área clínica, onde os elementos de poderão reunir sem serem perturbados e de forma regular. Deve existir também um elevado grau de confiança e confidencialidade entre os elementos do grupo, facilitando um ambiente criativo e desafiante que permita o crescimento do grupo no seu processo. Pela minha experiência a oportunidade para refletir em equipa, elemento indubitavelmente importante do trabalho em enfermagem, encontra-se limitada ao tempo e espaço da passagem de turno.

Torna-se imperativo tentar encontrar estratégias para que estes momentos de discussão e partilha possam concretizar-se quando se sabe que apesar da investigação em enfermagem promover uma boa base científica para a prática, muitos enfermeiros apresentam ainda dificuldades ao nível da interpretação e discussão dos resultados da investigação (Society for Vascular Nursing Research Committee, 2009). Paralelamente, mais de 60% dos enfermeiros recorrem a colegas, para o esclarecimento de dúvidas sobre questões práticas, sendo as respostas baseadas mais na tradição do que em provas (Krugman, 2009).

O Conselho Internacional de Enfermeiros defende a utilização da abordagem da prática baseada na evidência, que pode ser definida como “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 10). Esta abordagem contribui para uma tomada de decisão mais informada, o que por sua vez pode favorecer a eficácia, eficiência e uniformização dos cuidados nos serviços assim com a sua custo-efetividade. Infelizmente, muitos enfermeiros acabam por apresentar limitações na sua apetência para desenvolver uma prática baseada na evidência, uma vez que não têm as competências necessárias para aceder, compreender e criticar a mais recente evidência científica (Austin, 2016). É, por isso, necessário coordenar esforços no sentido de minimizar lacunas.

O *Journal Club* tem sido uma das ferramentas utilizadas para a promoção da prática baseada na evidência precisamente por potenciar o desenvolvimento das capacidades de pensamento analítico e crítico dos enfermeiros. Revisões da literatura de Rogers (2009) e Honey & Baker (2011) indicam que o *Journal Club* melhora a familiarização dos participantes com os artigos científicos e as competências ligadas à leitura e análise de informação, promovendo também a divulgação de conhecimentos de investigação. Verificou-se que os clubes influenciaram positivamente as atitudes em relação à utilização de dados de investigação aumentando a confiança na aplicação prática da informação de investigação. Outra revisão da literatura por Haggman-Laitila, Mattila & Melender (2016) refere ainda que o *Journal Club* constitui uma ferramenta simples e fácil de aplicar nos diferentes contextos favorecendo a prática baseada na evidência.

Um *Journal Club* pode ser definido como uma reunião educacional em que um grupo de indivíduos discute artigos atuais, proporcionando um fórum num esforço coletivo para acompanhar a literatura (Kleinpell, 2002, p. 412). Esta ferramenta tem sido descrita como potenciadora da aprendizagem de capacidades de investigação e pensamento crítico e um meio para reduzir a lacuna teórico-prática (Austin, 2016).

O objetivo de um *Journal Club* é rever literatura de enfermagem atual, discutir a informação e as provas fornecidas e determinar potenciais mudanças de práticas com o objetivo final de melhorar os resultados no cuidado aos pacientes. Mas mais do que esperar que os enfermeiros procurem nova evidência, o *Journal Club* traz

evidência aos enfermeiros. Muitas vezes os enfermeiros têm conversas informais sobre aspectos do cuidado a algum cliente, o *Journal Club* empresta formalidade e estrutura a estas importantes conversas sobre cuidados a pacientes, apoiadas por literatura e discussões guiadas, proporcionando um fórum aberto para a discussão de questões de enfermagem num ambiente conciliador (Johnson, 2016).

Com base nestes argumentos proponho a implementação de um *Journal Club* no serviço de Pediatria Médica 5.1 do Hospital Dona Estefânia, com os seguintes objetivos:

1. Disseminar conhecimento, mantendo os conhecimentos da equipa de enfermagem alinhados com a mais recente evidência científica;
2. Providenciar um espaço formal para a partilha e debate de ideias sobre o cuidado aos clientes, promovendo a interação e o diálogo entre os enfermeiros, gerando questões e favorecendo a discussão de casos e práticas, com vista na partilha de conhecimento;
3. Favorecer uma prática baseada na evidência;
4. Promover o desenvolvimento da leitura e análise de artigos científicos.

1 – Operacionalização das reuniões do *Journal Club*

Nos capítulos seguintes será apresentada a proposta para operacionalização do *Journal Club*. Esta proposta está dividida por capítulos, com base num modelo apresentado pela Society for Vascular Nursing Research Committee (2009), por forma a melhorar a compreensão e analisar cada um dos aspetos de maior impacto na implementação deste projeto.

1.1 – Formato das reuniões

De modo a atingir os objetivos, ao nível de formato, propõe-se que numa fase inicial, o *Journal Club* seja dirigido à equipa de enfermagem do serviço de pediatria médica 5.1 do Hospital Dona Estefânia. Não só porque é aqui que se identifica a necessidade da sua existência, mas também porque esta estratégia parece funcionar melhor quando os participantes trabalham na mesma área (Silversides, 2011). Se pertinente, poderá futuramente ser aberto a outras equipas de enfermagem e outras disciplinas, para que o conhecimento seja mais compreensivo.

A realização das reuniões, que serão presenciais, compreende uma transmissão online, por limitações atuais no número de pessoas na sala, mas também por facilitar a participação de mais colegas que poderão não conseguir deslocar-se ao hospital, mas que queiram igualmente participar.

No que se refere ao plano das reuniões, será flexível, isto é, poderá contar apenas com a apresentação de um artigo, ou em alternativa, com a apresentação de vários artigos relativos a um tema, dependendo do interesse dos participantes (Society for Vascular Nursing Research Committee, 2009).

Foi adaptada uma *checklist* presente no Apêndice I, elaborada originalmente por Aiello-Laws, Clark, Steele-Moses, Jardine & McGee (2010), que será utilizada na primeira reunião por forma a auscultar as preferências da equipa relativamente à sua utilização. Se não se assumir como uma estratégia facilitadora, daí em diante pode ser utilizada uma estratégia mais informal que vá guiando a discussão com recurso a perguntas previamente elaboradas pelo coordenador.

1.2 – Plano das reuniões

Ao nível da estrutura, na primeira reunião serão estabelecidos os objetivos do *Journal Club*, discutidos o formato das reuniões e a sua duração, tendo lugar por fim

a discussão do artigo com recurso à *checklist*, por forma a perceber as preferências dos participantes.

Nas seguintes reuniões será apresentado brevemente o artigo proposto, sendo esperado que os participantes tenham lido o artigo antes de cada reunião. Se não for possível para os colegas a leitura do artigo, é de igual modo encorajada a sua participação, dando tempo para a leitura e permitindo o envolvimento na discussão. Será também dada a oportunidade para que apresentem qualquer dúvida ou dificuldade na compreensão do artigo. Segue-se a análise e a discussão do mesmo, com suporte da *checklist* elaborada ou de forma informal, refletindo entretanto sobre quais os resultados mais relevantes e as suas implicações para a prática (Aiello-Laws, Clark, Steele-Moses, Jardine & McGee, 2010; Purnell, Skinner & Majid, 2017).

No final será feita uma avaliação da reunião e uma identificação de tópicos para as próximas reuniões ou incentivo para que as sugestões dos participantes sejam partilhadas com o coordenador. A sessão deverá terminar com um sumário das implicações para o nosso contexto (Denehy, 2004).

O sucesso do *journal club* depende da motivação dos seus membros para a leitura do artigo selecionado, da sua participação nas reuniões da utilização de uma ferramenta de apreciação crítica e da promoção da participação na discussão construtiva (Denehy, 2004; Purnell, Skinner, & Majid, 2017) pelo que é importante avaliar a experiência dos participantes, já que eles necessitam que a experiência seja proveitosa, para continuar a participar (Austin, 2016).

1.3 – Apoios institucionais

O apoio da chefia reflete-se na aprovação do projeto como uma estratégia de melhoria de cuidados e reflexão em equipa. O momento da realização do *Journal Club*, deve permitir a que o número máximo de pessoas possa assistir (presencial ou por videoconferência) pelo que foi transmitido à chefia que deverão dadas oportunidades às pessoas que querem assistir à prestação de cuidados nessa hora (Society for Vascular Nursing Research Committee, 2009).

Existe ainda a possibilidade de as horas de *Journal Club* serem reconhecidas como horas de formação contínua pela Área de Gestão de Formação do Hospital, o que servirá como incentivo para a participação (Austin, 2016; Aiello-Laws, Clark, Steele-Moses, Jardine, & McGee, 2010).

1.4 – Coordenador das reuniões

Deve existir um coordenador comprometido com a ideia e que reconhece a importância do *Journal Club*. Este coordenador deve dispor do seu tempo não só para apresentar a ideia, mas também para acompanhar a organização das reuniões. Enquanto membro da equipa de enfermagem e estudante de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, assumirei as funções de coordenador, com a responsabilidade de agendar as reuniões, disseminar atempadamente o artigo selecionado para leitura pelos participantes e desenvolver de antemão algumas questões para discussão. Este cargo poderá ser rotativo, assim outros membros do *Journal Club* revelem interesse. Uma curta lista de questões para a discussão é facilitadora para manter as pessoas focadas na tarefa. Estas questões devem relacionar-se com o artigo, a sua aplicação ao nosso contexto ou opiniões relativas a um assunto. O coordenador deve encorajar o grupo a sugerir artigos para as reuniões subsequentes (Denehy, 2004).

É importante que o coordenador elimine ou minimize as barreiras que possam surgir ao sucesso do *Journal Club*. Assim, deverá divulgar as reuniões, fornecer os artigos, subdividir os temas e eleger artigos que sejam desafiantes ou temas de interesse para a equipa de enfermagem (Aiello-Laws, Clark, Steele-Moses, Jardine & McGee, 2010).

A divulgação das reuniões (artigo/tema, local, hora e data), assim como a disponibilização do artigo, será da responsabilidade do coordenador. Como via de comunicação será utilizado o e-mail, que será enviado mais ou menos uma semana antes da data prevista, para todos os elementos da equipa de enfermagem (Denehy, 2004).

1.5 – Local, duração das reuniões e calendarização anual

A realização das reuniões uma vez por mês parece ser consensual, tanto ao nível da literatura como por entre as opiniões dos participantes. Normalmente uma hora de duração basta se existir um coordenador que facilite as reuniões e que elabore a apresentação do artigo, assim como o delinear de algumas questões, fomentando a discussão (Denehy, 2004). Como tal, a duração das reuniões será no máximo de 60 minutos e terá lugar na sala de enfermagem do serviço. Optou-se pelas 16h, por ser o momento com mais elementos da equipa disponíveis. A calendarização deve ser anual e as reuniões deverão realizar-se preferencialmente no mesmo dia da semana

(neste caso, quinta-feira) para que os participantes se possam organizar de forma a poder comparecer (Denehy, 2004; Purnell, Skinner & Majid, 2017). Foi elaborada uma calendarização, presente na Tabela 1 e divulgada pelos participantes.

Ano	2021									
Mês	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Dia	12	8	6	2	8	5	9	7	4	2
Nº de reunião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1.6 – Temas sugeridos para abordagem

Os primeiros artigos surgem como facilitadores e fáceis de ler, para aumentar a adesão nas primeiras reuniões (Denehy, 2004). Para já foram seleccionados os seguintes:

- Reunião 1 – A Systematic Review of Journal Clubs for Nurses

Haggman-Laitila, A., Mattila, L.R. & Melender, H.L. (2016). A Systematic Review of Journal Clubs for Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 163 - 171.

- Reunião 2 – Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping

Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z. & Nunes, E. (2018). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 646-661.

1.7 – Atividades a desenvolver

No futuro poderão ser envolvidos esporadicamente outros profissionais, peritos, que possam dinamizar e trazer mais conhecimento aos participantes sobre determinado tema. Poderá também surgir uma página online com os materiais do Journal Club (apresentações, vídeos, referências dos artigos e sumário das reuniões).

2 – Resultados após a primeira reunião

A primeira reunião decorreu no dia 12 de março de 2021 às 16h, na sala de enfermagem do serviço. A reunião contou com a presença de 8 enfermeiros que participaram ativamente e o plano, sumário e presenças desta reunião estão presentes no Anexo I.

Em relação à forma, a reunião decorreu de forma estritamente presencial, pela inexistência de internet no serviço. A reunião foi conduzida por mim, através de uma apresentação *Power Point*® e posterior dinamização da discussão com suporte na *check list* elaborada presente no Apêndice I.

No que se refere a este aspeto, o feedback da equipa foi positivo, mostraram interesse pela apresentação, considerando que ajuda a estruturar a discussão e a clarificar alguns termos. De acordo com as necessidades e por forma a alargar o número de participantes, foi sugerido que o local de realização da reunião fosse uma outra sala, mais adequada a apresentações orais e com ligação à internet, permitindo assim a transmissão online de reuniões posteriores.

No que se refere à estrutura após a apresentação dos objetivos do Journal Club, realizei a apresentação do artigo, seguindo-se a discussão. Concluiu-se em equipa que tanto a duração de 1 hora como o formato da reunião são adequados e que as convocatórias para as reuniões, assim como o envio do artigo atempadamente promovem a leitura do artigo. Apesar disso foi sugerido que a reunião decorresse uma hora mais tarde, por estar mais facilitada a permanência de elementos da equipa que se encontram a trabalhar no turno da manhã, já que a esta hora a passagem de turno ainda não tinha terminado. A utilização da *checklist* para discussão, não foi bem acolhida, por se encontrar muito direccionada para a investigação, revelando a equipa mais interesse pelos resultados, pelas implicações para a prática e pela discussão entre pares.

Enquanto coordenador assumi a responsabilidade de divulgar a reunião por e-mail, assim como de disponibilizar o artigo a todos os elementos da equipa, desenvolvendo algumas questões para discussão, tendo conseguido dinamizar a reunião e direcionar os participantes para o tema proposto. Alguns membros da equipa disponibilizaram-se também para assumir o cargo de coordenador posteriormente.

A sessão terminou com uma noção de motivação, satisfação e perceção da importância deste projeto. Na avaliação realizada, os participantes “concordaram” ou “concordaram totalmente” com as suas expectativas em relação á formação terem sido satisfeitas, com os objetivos da formação terem sido atingidos, com a utilidade do projeto para a sua atividade profissional, o favorecimento de aquisição ou consolidação de conhecimentos, a teoria estar relacionada com a prática, a ter sido apresentado um bom nível técnico-pedagógico, com terem sido abordados pontos que consideram importantes e a documentação distribuída possuir qualidade e a duração ter sido adequada.

Foi também deixada a sugestão da elaboração de um documento no final de cada reunião, com as questões mais importantes e pontos de discussão mais preponderantes para disponibilização posterior aos elementos da equipa que não conseguiram estar presentes.

O apoio da chefia do serviço foi fundamental para a aprovação do projeto e também na comunicação com a Área de Formação para que as horas da reunião possam ser classificadas como horas de formação, servindo este facto como um fator que poderá aumentar a aderência e a disponibilidade para a participação em futuras reuniões.

A reunião foi finalizada com o meu incentivo para o envio de sugestões e artigos para apresentação nas sessões seguintes, tendo logo no momento surgido temas por parte dos participantes. Foi também divulgado o cronograma anual das reuniões.

O projeto continua a desenvolver-se de forma ativa, tendo já sido abordados temas como a influência dos fatores ambientais da enfermaria no sono da criança e a intervenção dos enfermeiros na redução de erros de medicação numa unidade pediátrica de internamento. Ambos os temas foram sugeridos por elementos da equipa, tendo tido uma discussão prolífica de onde resultaram sugestões para a alteração de práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiello-Laws, L. B., Clark, J., Steele-Moses, S., Jardine, S., & McGee, L. (2010). *A How-to Guide: Designing & Creating a Journal Club for Oncology Nurses*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Austin, J. (2016). A failed perioperative nursing journal club: Reflections on mistakes made, and lessons learned. *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(2), 18-23.
- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2018). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 646-661.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (12 de maio de 2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção - Closing the gap: from evidence to action*. (S. Severino, Trad.) Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Denehy, J. (2004). Starting a Journal Club. *The Journal of School Nursing*, 187-188.
- Haggman-Laitila, A., Mattila, L.-R., & Melender, H.-L. (2016). A Systematic Review of Journal Clubs for Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 163 - 171.
- Honey, C. P., & Baker, J. A. (2011). Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today*, 825 - 831.
- Johnson, J. A. (2016). Reviving the Journal Club as a Nursing Professional Development Strategy. *Journal for Nurses in Professional Development*, 99-101.
- Kleinpell, R. M. (2002). Rediscovering the value of the Journal. *American Journal of Critical Care*, 11(5), 412 - 414.
- Krugman, M. (2009). Barriers to successful Journal Club outcomes. *Journal for Nurses in Staff Development*, 25(2), 100-101.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de outubro de 2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Obtido de Ordem dos

Enfermeiros:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

- Purnell, M., Skinner, V., & Majid, G. (2017). A paediatric nurses' journal club: developing the critical appraisal skills to turn research into practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 36-41.
- Rogers, J. L. (2009). Transferring research into practice. An integrative review. *Clinical Nurse Specialist*, 192 - 199.
- Silversides, A. (2011). Journal clubs: A forum for discussion and professional development. *Canadian Nurse*, 19 - 23.
- Society for Vascular Nursing Research Committee. (2009). Practical Tips For Starting a Journal Club. *Journal of Vascular Nursing*, 18-19.

ANEXO I – PLANO, SUMÁRIO E PRESENÇAS DA PRIMEIRA REUNIÃO

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Journal Club – 1ª Sessão

Local:

Data: 12 / 03 / 2021

Hora: 16h00

Objetivo geral: Implementação do projeto "Journal Club"

Objetivos específicos: Apresentação e discussão do projeto "Journal Club"

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
- Apresentação do projeto "<i>Journal Club</i>": - Pertinência - Objetivos - Análise de um artigo científico com a utilização de uma <i>check-list</i> - Benefícios de um <i>Journal Club</i> e calendarização das próximas reuniões.	- Modelo Expositivo - Discussão inter pares	- Apresentação Power Point® - Artigo científico	1h	Inês Cavalaria

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENCAS

Área/Departamento/Serviço/Unidade:

Tema: Journal club para Enfermeiros

Data: 18/03/21

Hora: 16 h 00

Duração: 1h

Local: Sala de Paragem de Tatuagem

SUMÁRIO: A prática baseada na evidência, pertinência de reflexão inter pares, o journal club enquanto fenómeno do desenvolvimento profissional, operacionalização do journal club, discussão de um artigo científico "Revisão sistemática de journal clubs para enfermeiros"

Formador: Túlio Cavaleiro (n.º mecanográfico 73533)

PRESENCAS

n.º mec.	Nome (Completo e legível)	Categoria Profissional	Serviço
		Enfermeiro	S.1
		Enfermeiro	S.1
		Enfermeira	S.1
		Enfermeira	S.1
		Enfermeira	S.1
		Enfermeira	S.1
		Enf.	S.1
		Enfermeira	S.1

Responsável: Túlio Cavaleiro

APÊNDICE I - CHECK LIST PARA ANÁLISE DO ARTIGO

Formulário de Revisão de Artigo Clínico

1. Qual(ais) a(s) questão(ões) a que o(s) investigador(res) está(ão) a tentar responder?
2. Qual(ais) o(s) objetivo(os) do artigo?
3. A revisão de literatura é abrangente e atual?
4. Os principais conceitos e problemas relacionados com a(s) questão(ões) de investigação estão claramente definidos?
5. Quão forte é o nível de evidência do estudo?
6. Que recomendações são feitas para a prática? São suportadas pelas evidências do artigo?
7. De que forma as recomendações para a prática deste artigo se comparam às práticas e políticas do seu contexto?
8. Baseado nas evidências apresentadas, que mudança(s) sugere que sejam implementadas no seu contexto? Nesse caso, quais os processos e/ou recursos necessários?

Formulário de Revisão de Artigo de Pesquisa

1. Qual(ais) a(s) questão(ões) a que o(s) investigador(res) está(ão) a tentar responder?
2. Qual(ais) o(s) objetivo(os) do artigo?
3. O(s) autor(res) indentifica(m) algum modelo conceptual, estrutura ou teoria para o estudo de investigação? Se sim, qual?
4. A revisão de literatura é abrangente e atual?
5. Os principais conceitos relacionados com a questão de investigação estão claramente definidos?
6. Como foi obtida a amostra para o estudo?
7. A obtenção de dados é consistente com o objetivo do artigo? Os métodos de análise foram apropriados?
8. Quão forte é o nível de evidência do estudo?
9. Que recomendações são feitas para a prática? São suportadas pelas evidências do artigo?
10. De que forma as recomendações para a prática deste artigo se comparam às práticas e políticas do seu contexto?
11. Baseado nas evidências apresentadas, que mudança(s) sugere que sejam implementadas no seu contexto? Nesse caso, quais os processos e/ou recursos necessários?

Apêndice VII

Estudo de caso da esperança

11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório

Estudo de caso da esperança

Inês Eliana Pinto Cavalaria



**Lisboa
fevereiro de 2021**

11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório

Estudo de caso da esperança

Inês Eliana Pinto Cavalaria



Professora Orientadora:
Maria Teresa Gouvêa Magão



Lisboa
fevereiro de 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	4
1.1 - Teoria de Conforto de Kolcaba	4
1.2 - Esperança por Dufault & Martocchio	5
2 - AVALIAÇÃO INICIAL	7
2.1 - Identificação da criança e apreciação global	7
2.2 - Antecedentes de saúde da criança	7
2.3 - Antecedentes familiares	8
2.4 - História de doença atual	9
2.6 - Avaliação familiar	12
2.6.1 - Genograma e acomapa da esperança	12
3 - PLANO DE CUIDADOS	15
3.1 - Diagnósticos de Enfermagem	15
3.2 - Intervenções de Enfermagem	15
4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
APÊNDICES	20
APÊNDICE I	21
APÊNDICE II	22
APÊNDICE III	23

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado na Área da Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, tive oportunidade de estagiar no serviço de Pediatria. Neste, que é simultaneamente o meu local de trabalho, senti necessidade de realização de um estudo de caso para aprofundar conhecimentos e perceber como se poderão desenvolver intervenções de promoção da esperança dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde neste contexto.

Com base nas competências a desenvolver, a elaboração de um estudo de caso apresenta-se como a mais viável. Segundo Meirinhos & Osório (2010) o estudo de caso permite que seja estudado um determinado objeto (caso), no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência (qualitativas e quantitativas), enquadrando-se numa lógica de construção de conhecimento e incorporando a subjetividade do investigador. Desta forma, torna-se uma ferramenta útil, já que tem em conta as diferentes variáveis, requerendo do investigador uma reflexão aprofundada. Por forma a respeitar o direito à privacidade e o sigilo profissional, os nomes presentes neste estudo de caso são fictícios.

De acordo com o Regulamento nº 140 de 2019 das competências específicas do enfermeiro especialista, este deve liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade, suscitando a reflexão sobre esse processo. Deve de igual modo promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.

Também o Regulamento nº 422 de 2018 das competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica reitera que o enfermeiro especialista deve promover a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência ou incapacidade, demonstrando na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.

As autoras Carvalho, Lourenço, Charepe & Nunes (2018), realizaram um mapeamento das intervenções que foram implementadas e avaliadas para

promover a esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde. Neste mapeamento, foi incluída a aplicação do instrumento genograma e ecomapa de esperança enquanto intervenção passível de se realizar em todos os contextos de cuidados. Foi possível perceber que quando implementada esta intervenção tornou possível a identificação de fatores de esperança, crenças e práticas religiosas, padrões de interação em esperança e recursos de esperança, permitindo ampliar a celebração das competências das famílias.

Assim, ao longo do estudo de caso, serão utilizadas estratégias como a realização do genograma e ecomapa de esperança, por forma a construir um plano de cuidados que vá de encontro às necessidades da criança e da sua família.

Ressalvo ainda que neste momento, devido às restrições do hospital relativamente à prevenção de contaminação pela pandemia, as visitas estão suspensas, e a criança permanece apenas acompanhada por um dos pais ou pessoa significativa. Este acompanhante tem de permanecer grande parte do dia no serviço, ausentando-se apenas nas horas das refeições, sendo necessária a realização de teste de despiste Covid 19 à criança e ao acompanhante antes da entrada no internamento, entre o 3º e o 5º dia de internamento e depois periodicamente de 15 em 15 dias. O acompanhante pode alternar, mas com a realização obrigatória de teste com resultado “não detetado”, antes da troca de acompanhante. Desta forma, a entrevista e colheita de dados apenas ficou restrita à mãe da criança e consulta de processo clínico e outra documentação relevante.

Por forma a corresponder aos objetivos propostos, o presente estudo de caso inicia-se pelo enquadramento conceptual, que terá por base a teoria de conforto de Kolcaba e o modelo de esperança de Dufault & Martocchio. Em seguida é apresentada a avaliação inicial, com a descrição exaustiva do caso, que inclui a aplicação do instrumento genograma e ecomapa de esperança. Em seguida são apresentados os diagnósticos e intervenções de enfermagem e por fim, à luz da mais recente evidência científica é feita a discussão do caso e conclusão do estudo de caso.

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual tem como objetivo estruturar o estudo de caso que se segue, fornecendo uma base para a compreensão da intervenção do enfermeiro perante o caso apresentado.

1.1 - Teoria de Conforto de Kolcaba

De acordo com a teoria do conforto de Kolcaba tanto as crianças como os cuidadores necessitam de conforto a vários níveis, os enfermeiros devem centrar a sua atenção em intervenções que os ajudem a obtê-lo. O conforto é entendido como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio, à tranquilidade e à transcendência, nos quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003).

A teoria de Kolcaba compreende os quatro conceitos meta paradigmáticos: enfermagem, paciente, ambiente e saúde. A enfermagem é entendida como a avaliação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, famílias ou comunidades, com planeamento de medidas de conforto ajustadas às necessidades de conforto dos mesmos. Isto inclui uma reavaliação dos níveis de conforto após implementação de medidas de conforto, comparando com um patamar anterior. O paciente é definido com um indivíduo, família ou comunidade com necessidades ao nível de cuidados de saúde, incluindo cuidados primários, terciários ou preventivos. O ambiente engloba os aspetos do meio envolvente do paciente, família ou comunidade que afetam o conforto e que podem ser trabalhados, no sentido de o aumentar. A Saúde é entendida como o funcionamento ótimo do indivíduo, família ou comunidade, que é facilitado pelo conforto aumentado.

Segundo esta teoria o estado de alívio é atingido quando uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade corresponde a um estado de calma ou satisfação necessário para um desempenho eficiente. A transcendência é atingida quando a pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas (Kolcaba, 2003).

Estes três estados podem ser atingidos em quatro contextos: o contexto físico, o contexto psicoespiritual, o contexto sociocultural e o contexto ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais. Abarca aspetos que afetam o estado físico da pessoa, tais como, o descanso e o relaxamento, os tratamentos, os níveis de eliminação e de hidratação, a oxigenação celular e outros indicadores metabólicos. O contexto psicoespiritual abrange não só a consciência interior de si mesmo, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida, como também a relação com um ser ou ordem superior. O contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais bem como aos aspetos financeiros e da vida social. O contexto ambiental engloba as condições do meio, tais como, a luz, o ruído, o equipamento, a cor, a temperatura, os elementos identificadores do tempo e do espaço e os elementos naturais ou artificiais do meio.

1.2 - Esperança por Dufault & Martocchio

Dufault & Martocchio, definem a esperança como uma “força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo” (1985, p. 390).

Esta abordagem, enquadra o fenómeno em duas esferas: a primeira refere-se á esperança generalizada onde existe relação com algum benefício no futuro, sem ligação a um objeto; a segunda esfera refere-se á esperança particularizada que se relaciona com um objeto de esperança, um resultado específico e que é valorizado. Segundo as mesmas autoras, para ambas as esferas da esperança, são definidas seis dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, relacional, temporal e contextual.

A primeira, a dimensão afetiva, contempla emoções e sentimentos e contempla também incertezas. A dimensão cognitiva tem que ver com os processos intelectuais através dos quais a pessoa define objetivos, avaliando a realidade e identificando os fatores de inibição e promoção de esperança. Por sua vez, a dimensão comportamental consiste na motivação para atingir os resultados esperados nos domínios físico, psicológico, social e espiritual. A dimensão relacional inclui elementos de interação social, reciprocidades,

interdependência, vinculação e intimidade, é aquela que é orientada para os outros, englobando a transcendência de si mesmo. No que se refere à dimensão temporal, é focalizada na experiência pessoal passada ou presente, sendo a esperança direcionada para o futuro. Por fim, a dimensão contextual engloba as situações de vida que rodeiam, influenciam e fazem parte do conceito de esperança da pessoa.

2 - AVALIAÇÃO INICIAL

Segundo Potter (2009) o processo de enfermagem comporta cinco etapas que se sucedem de forma sequencial. Em primeiro lugar, a avaliação inicial serve para identificar as necessidades de cuidados de saúde do cliente, em seguida são elaborados os diagnósticos de acordo com essas necessidades. O planeamento é importante para determinar prioridades e precede a implementação do plano. A fase final é a avaliação onde se averiguam os resultados da intervenção para posteriormente se implementarem alterações no plano de cuidados.

2.1 - Identificação da criança e apreciação global

A criança selecionada para este estudo de caso tem 21 meses, é um menino e para efeitos deste documento, terá o nome de João. Este menino está acompanhado no internamento pela mãe, Mariana que tem 35 anos e é professora. Vivem os dois numa vila do distrito de Évora, com o pai do João, Alberto que tem 36 anos, em habitação própria. João é o primeiro filho do casal.

O João é um menino ativo, que brinca e interage. Muitas vezes com uma atitude de desconfiança perante os profissionais de saúde, mas mostrando-se disponível para a interação. Apresenta pele pálida, mas mucosas coradas e hidratadas. Encontra-se sentado na cama a brincar com blocos. Está calmo à aproximação. Tem alguma dificuldade na mobilidade devido ao abdómen de elevadas dimensões, mas deambula com apoio. Este abdómen apresenta-se distendido e globoso, com rede venosa visível. Apresenta um cateter venoso central na veia jugular à esquerda, por onde é administrada antibioterapia.

Alimenta-se oralmente, com tolerância ingerindo uma dieta oferecida. Urina com bom débito, urina de características normais e evacua fezes em quantidade moderada, acastanhadas, na fralda.

2.2 - Antecedentes de saúde da criança

A gestação do João foi vigiada, com alterações renais detetadas nas ecografias do 3º trimestre. O parto foi às 35 semanas e 6 dias, distócico, por ventosa. Foi um parto complicado com circular apertada, índice de APGAR 7/9/10, mas com resposta á estimulação. Com peso ao nascimento de 2630g,

comprimento de 45cm e perímetro cefálico de 34,5cm. O rastreio de doenças metabólicas realizado ainda na maternidade. No primeiro dia de vida, por dificuldade alimentar é internado na unidade de cuidados intensivos neonatais do Hospital de Évora onde diagnosticam doença renal autossómica recessiva (poliquística) sendo posteriormente transferido para o Hospital Dona Estefânia, por agravamento do estado geral. Neste hospital fica internado na unidade de cuidados intensivos, com o diagnóstico de peritonite. Quando clinicamente estável é transferido para enfermaria, para o serviço onde me encontro no momento. As principais complicações de saúde com que o João se debate devido à variante autossómica recessiva são a hipertensão portal e a angiocolite no contexto de doença de Caroli, que frequentemente conduzem à necessidade de realização de um transplante renal e/ou hepático. Neste primeiro internamento teve alta após adquirir autonomia alimentar e autonomia parental na preparação e administração da medicação.

Após a alta, o João manteve seguimento no Hospital Dona Estefânia nas especialidades de genética, em consulta de nefrologia e gastroenterologia, em consulta de cardiologia no Hospital de Santa Marta e em fisioterapia e terapia ocupacional no Hospital de Évora.

Desde então teve 3 internamentos com duração de algumas semanas, dois no Hospital de Évora e um no Hospital Dona Estefânia, sempre em contexto de peritonite. O presente internamento no serviço de pediatria médica 5.1. deveu-se também a esse motivo.

2.3 - Antecedentes familiares

O João é o primeiro filho de Alberto e Mariana. Os pais são saudáveis e apresentam comportamentos de procura por cuidados de saúde. A família alargada não apresenta antecedentes de saúde relevantes. Mariana refere necessidade de ser seguida por psicologia desde o primeiro internamento de João, em julho de 2019 e desde então que é seguida pela equipa de psicologia do Hospital Dona Estefânia. Refere que é seguida também em psiquiatria particular na sua área de residência.

2.4 - História de doença atual

Decidiu internar-se o João por ter iniciado no domicílio picos febris e por se apresentar menos ativo do que o normal. Analiticamente com sinais de infecção, que foi confirmada por ecografia que revelou sinais de ascite. Colocou-se cateter venoso central para realização de antibioterapia, tendo sido implementadas medidas de monitorização e vigilância dos sinais vitais.

2.5 - Crescimento e desenvolvimento e dados de saúde

Com 21 meses, o João não possui alergias conhecidas. Segue o esquema vacinal atualizado segundo o Plano Nacional de Vacinação (2020).

De acordo com as tabelas de percentis validadas para a população portuguesa (Direção Geral da Saúde, 2013), a estatura permaneceu abaixo do percentil 5 até aos 12 meses, altura em que passou a localizar-se entre o percentil 5 e o percentil 10. Com 21 meses localiza-se sobre o percentil 10 e a sua tabela de percentil de estatura encontra-se presente no apêndice I.

No que se refere ao peso, tal como se pode observar na tabela de percentis presente no apêndice II, o João localizava-se no percentil 5 no momento de nascimento, mas permaneceu abaixo desse percentil até aos 9 meses. Por esta altura alcançou o percentil 5 mantendo-se entre este e o percentil 10. Aos 12 meses alcançou o percentil 25 mantendo-se entre este e o percentil 50. Pelos 18 meses alcança o percentil 50, mantendo-se aos 21 meses entre o percentil 50 e o percentil 75. Estas grandes variações de peso estão não só relacionadas com as intercorrências infecciosas, mas também com a evolução da sua patologia. O aumento do volume dos rins acaba por influenciar parâmetros como o peso ou o perímetro abdominal, com repercussão sobre a imagem corporal.

Relativamente ao perímetro cefálico manteve-se entre o percentil 10 e o percentil 25 até aos 12 meses onde passou a encontrar-se entre o percentil 25 e o percentil 50. Com 21 meses localiza-se no percentil 50 no que se refere ao perímetro cefálico, tal como se pode observar no apêndice III.

Tendo em conta uma abordagem piagetiana, o João encontra-se no estágio sensório-motor, o primeiro estágio de desenvolvimento cognitivo, o que

significa que por esta altura o João aprende por meio dos sentidos e da atividade motora (Papalia & Feldman, 2013). Embora o João não possua qualquer limitação a nível sensorial, o abdómen volumoso e os variados internamentos acabam por significar obstáculos para a sua atividade motora e consequentemente, o seu desenvolvimento.

De acordo com as mesmas autoras, dentro do estágio sensório-motor, surgem seis subestágios que fluem de um para o outro, à medida que a criança vai apresentando padrões de pensamento e de comportamento cada vez mais complexos. Desta forma, a criança começa por nos primeiros cinco subestágios aprender a coordenar os dados provenientes dos sentidos, organizando as suas atividades em relação ao ambiente, para no último estágio passar a utilizar símbolos e conceitos a fim de resolver problemas simples no último dos seis subtipos do estágio sensório-motor: combinações mentais.

O João é capaz de representar eventos mentalmente, recorrendo ao pensamento simbólico para pensar sobre eventos e antecipar as suas consequências. Como tal é observado um comportamento de recusa à abordagem pelo profissional de saúde por vezes com choro difícil de consolar, especialmente no início do internamento. Ao longo do tempo, apesar de mais aberto à interação utilizando gestos para comunicar e disponível para brincar, mas evidenciando um semblante desconfiado.

Pode ressaltar-se que o João tem uma dificuldade na mobilidade bastante acentuada e crescente por apresentar um abdómen de dimensões muito superiores ao normal, com perímetro abdominal que varia entre os 60 cm e os 62 cm. Durante os primeiros tempos de internamento recusou mesmo a marcha, por sensação evidente de doença e neste momento necessita de incentivo para a realização da marcha com apoio.

Com o objetivo de avaliar o desenvolvimento do João, recorreu-se à utilização da escala *Mary Sheridan* Modificada (Direção Geral da Saúde, 2013), sendo realizada uma avaliação que está presente na tabela 1.

Aos 18 meses

Escala Mary Sheridan Modificada (Direção Geral da Saúde, 2013)		Avaliação do João
Postura e Motricidade Global	Anda bem. Apanha brinquedos do chão.	Tem dificuldades na marcha e deambula apenas com apoio. O João anda e apanha brinquedos do chão, mas apenas com apoio.
Visão e Motricidade Fina	Constrói torre de 3 cubos. Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	O João constrói torre até 6 cubos e faz rabiscos, com preferência pela mão direita. Olha para um livro, virando as páginas uma a uma.
Audição e Linguagem	Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	Usa pelo menos 5 palavras reconhecíveis, mas compreende muitas outras. Mostra em si o cabelo, os olhos e os sapatos.
Comportamento e Adaptação Social	Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. Segura a colher e leva alimentos à boca. Não gosta que lhe peguem. Exige muita atenção. Indica necessidade de ir à casa	Bebe por um copo sem entornar, levando-o à boca com as duas mãos, mas ainda não segura a colher. Leva alimentos à boca com a mão, como a banana. Não gosta que lhe peguem, mas exige atenção e gosta de ser entretido com música e dança. Ainda não indica necessidade de ir à casa

	de banho. Começa a copiar atividades domésticas	de banho, mas tenta copiar atividades domésticas, como cozinhar.
--	---	--

Tabela 1 - Avaliação do desenvolvimento do João, de acordo com a escala Mary Sheridan modificada

2.6 - Avaliação familiar

O núcleo familiar é constituído pelo João, pelo Alberto e pela Mariana. O João é o primeiro filho e os pais estão a tentar ter um segundo filho. Os avós paternos, maternos e os tios residem no Alentejo. A prima da mãe é enfermeira e reside em Lisboa constituindo um grande apoio para a Mariana, já que está geograficamente mais perto do que os restantes elementos da família.

A mãe refere que as ligações familiares mais significativas (Alberto, João, avós maternos e prima) são grandes fontes de esperança para ela. De acordo com Charepe, Figueiredo, Vieira & Neto (2011) é necessário, em contexto de avaliação da esperança, efetuar a mensuração da intensidade dos relacionamentos identificados. Esta foi obtida, através da formulação de uma pergunta escala onde: numa escala de 1 a 10, considerando que 10 é o relacionamento que o(a) fez sentir com maior esperança (onde sentiu maior encorajamento) e 1 a sua ausência, que número atribuiria aos relacionamentos que identificou no ecomapa?

Em resposta á questão, Mariana acaba por atribuir às pessoas mais significativas uma pontuação de 9, pelo que se torna pertinente perceber de que forma estas ligações influenciam os níveis de esperança desta família.

2.6.1 - Genograma e acomapa da esperança

A nível da avaliação da estrutura familiar, esta é completada pelos padrões de interação em esperança entre Mariana e o Alberto, enquanto casal (subsistema conjugal) e entre os mesmos como pais (subsistema parental). Foram identificados relacionamentos promotores de esperança entre os seguintes membros da família: casal, avós maternos e prima da mãe.

A ausência de interação com os outros membros da família alargada (avós paternos e tios) prendeu-se, sobretudo, com o distanciamento geográfico e por

não existir uma ligação forte entre estes e a família nuclear. Contudo, tal não representa uma relação de ameaça à esperança, já que mantêm contatos esporádicos, desconhecendo, no entanto, as necessidades reais dos pais de João.

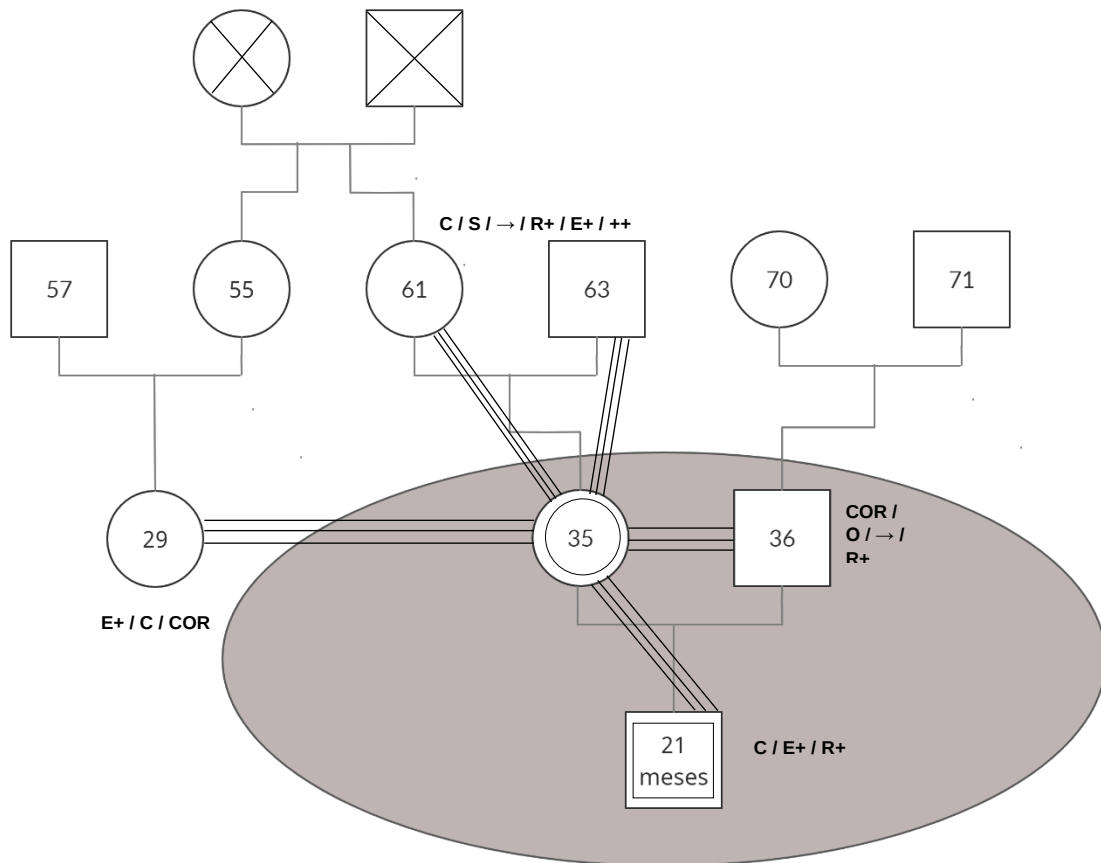
A valorização dos atributos pessoais foi impulsionadora da partilha de memórias moralizantes, reportadas às recordações de momentos felizes que Mariana vivenciou junto do seu marido, pais e prima. A mãe destacou o pai Alberto como tendo atributos de coragem perante os vários internamentos impulsionados pelos retrocessos associados à doença do João. Alberto revela intrinsecamente otimismo e orientação para o futuro e em conjunto pensam em dar um irmão ao João. O pai é tido como alguém capaz de transmitir esperança mesmo à distância, uma vez que neste momento apenas a mãe pode estar a acompanhar o João.

Em continuidade, Mariana destaca nos seus pais atributos pessoais, como carinho e a serenidade, sobretudo nos momentos de partilha e orientação para o futuro. São uma mais-valia pois permitem que a Mariana possa prosseguir com a sua carreira já que estão muitas vezes disponíveis para ficar com o João, se necessário. Quando estão juntos costumam ir à igreja praticando fé com esperança não só numa recuperação para também numa perspetiva de ultrapassar obstáculos. São extremamente disponíveis e dedicados, transmitindo muitas vezes força e energia a Mariana.

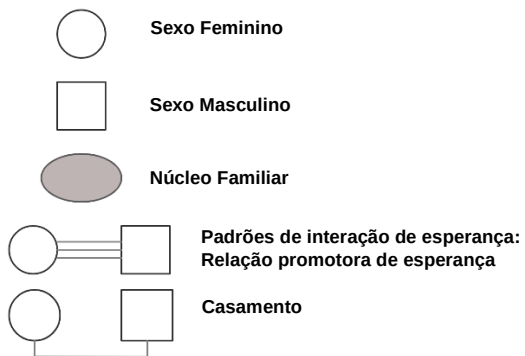
A prima da mãe também está sempre bastante disponível para ouvir, aconselhar e sossegar, é uma fonte moralizante de força, energia e carinho, disponibilizando-se sempre para o que seja necessário e sendo a grande confidente de Mariana, revelando coragem perante as adversidades.

O João é menino que contagia com a sua boa disposição, carinho e energia significando para a mãe, uma fonte de esperança. A mãe refere que desde o momento do diagnóstico até ao momento presente tem conseguido notar em si alguma evolução pessoal, valorizando pequenas coisas e despertando o seu gosto pela vida.

A equipa de profissionais de saúde também representa uma fonte de esperança para Mariana, pelo ambiente familiar e normalização da condição do



Legenda:



Recursos de esperança:

Atributos pessoais:

C - Carinho

Cor - Coragem

O - Otimismo

S - Serenidade

→ - **Orientação para o futuro**

E+ - Energia

Memórias moralizantes:

R+ - Recordações momentos positivos

Base espiritual:

++ - Presença de crenças e práticas espirituais

3 - PLANO DE CUIDADOS

3.1 - Diagnósticos de Enfermagem

- Infecção com foco no cateter venoso periférico
- Desenvolvimento Infantil Comprometido
- Esperança Comprometida

3.2 - Intervenções de Enfermagem

As intervenções de enfermagem prendem-se com a monitorização de sinais vitais, assim como de sinais e sintomas que possam indicar a agudização do quadro infeccioso. A administração de medicação, assim como a gestão de antipiréticos é fundamental para controlar a febre e manter o conforto do João.

No que se refere à família, recorrendo ao genograma e ecomapa, foi possível perceber o impacto que a interação da mãe e do filho com o pai pode ter na promoção da esperança de todos os elementos da família nuclear. Desta forma, facilitar o contacto entre os elementos da família apesar da distância é importante, possibilitando momentos a sós entre os três mesmo. para mesmo que apenas por videochamada, possam conversar e interagir com alguma privacidade.

Apesar disso a Mariana e o João acabam por continuar a manifestar sinais de cansaço perante tanto tempo de internamento. Neste sentido, foram continuamente providenciados momentos de interação com esta família nos quais foi possível disponibilizar apoio recorrendo a memórias moralizantes, conhecidas de outros internamentos, lembrando Mariana desses momentos que enfrentou de forma tão corajosa. Foi também elaborada uma carta endereçada a Mariana, como testemunho deste percurso, por parte da equipa de enfermagem.

4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A intervenção do enfermeiro, neste caso, deve ter como orientação a promoção do maior estado de conforto possível, quer do João, quer da família. A satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental).

Em 2002, Kolcaba e Wilson, elencaram três tipos de medidas de cuidado de conforto: medidas de conforto técnico, medidas de conforto para a alma e *coaching*. As medidas de conforto técnico são aquelas elencadas para manter a homeostasia e gerir a dor. Estas medidas são destinadas a ajudar o paciente a manter ou a voltar a atingir funções fisiológicas e conforto e a prevenir complicações. As medidas de conforto para a alma que se destinam a alcançar a transcendência através do estabelecimento de intervenções que fortalecem os pacientes para tarefas difíceis. Este tipo de intervenções pode incluir adaptações do ambiente para o tornar mais pacífico e tranquilo, musicoterapia, massagem, imaginação guiada, entre outras. O *coaching* é uma medida de conforto que se destina a aliviar a ansiedade, fornecer informação, instilar esperança, ouvir as preocupações do outro e ajudar na preparação realista para a recuperação (Kolcaba & Wilson, 2002 cit. por Kolcaba, 2003).

Neste caso algumas das medidas de conforto técnico necessárias incluem a monitorização do estado da criança, gestão da dor e medidas de controlo da infeção. As medidas de conforto para a alma englobam adaptações do ambiente, favorecendo um ambiente tranquilo e não traumático, adaptando práticas para incluir a família nos cuidados, apesar das contingências. O *coaching* pode ser utilizado na comunicação com a criança, para o incentivo à deambulação. Para a mãe, é necessário disponibilizar tempo para ouvir as suas preocupações, transmitir informação sobre o estado da criança ou esclarecimento de dúvidas relativas à condição crónica da criança, mantendo uma esperança realista relativamente ao futuro.

A esperança, tal como descrita por Dufault & Martocchio, compreende duas esferas: a generalizada, que neste caso se liga a uma perspetiva de manutenção de bem-estar; a particularizada, que neste caso tem como objetivo o transplante

renal e a cura. Ao recorrer a uma análise mais pormenorizada das diferentes dimensões, é possível direcionar intervenções adequadas ao caso. Algumas intervenções relacionadas com a dimensão afetiva podem estar associadas com a partilha de emoções relativas ao internamento atual ou preocupações relativamente ao futuro, com os profissionais, família ou guia espiritual. A dimensão cognitiva pode ser trabalhada definindo objetivos realistas em conjunto com a família que tenham em vista a manutenção do conforto, potenciando as suas capacidades e consequente empoderamento que favorece o sentimento de controlo sobre a situação. No que se refere à dimensão comportamental, pode utilizar-se o incentivo à deambulação, à interação e à manutenção das relações estabelecidas e dos rituais espirituais com os elementos familiares significativos. A dimensão relacional é favorecida criando oportunidades para que o João e a mãe possam realizar uma videochamada para os familiares, num local privado. A dimensão temporal deve ser tida em conta, nomeadamente neste caso, onde as experiências em contexto hospitalar já foram muitas e variadas. É importante conhecer essas experiências por forma a melhor adequar os cuidados, normalizando as situações e encarando-as como mais uma etapa. A dimensão contextual é influenciada pelo conceito da esperança da pessoa, já que se refere às situações de vida que rodeiam as pessoas, sendo por isso necessário conhecê-las. Deste modo foi fulcral a elaboração de um genograma e ecomapa da esperança para perceber a dinâmica familiar e os seus padrões de interação e os recursos de esperança. Assim, a manutenção da esperança é essencial neste caso, podendo potenciar o conforto da criança e da sua família. Torna-se necessário continuar a perceber como implementar intervenções que possibilitem uma promoção da esperança de forma mais duradoura.

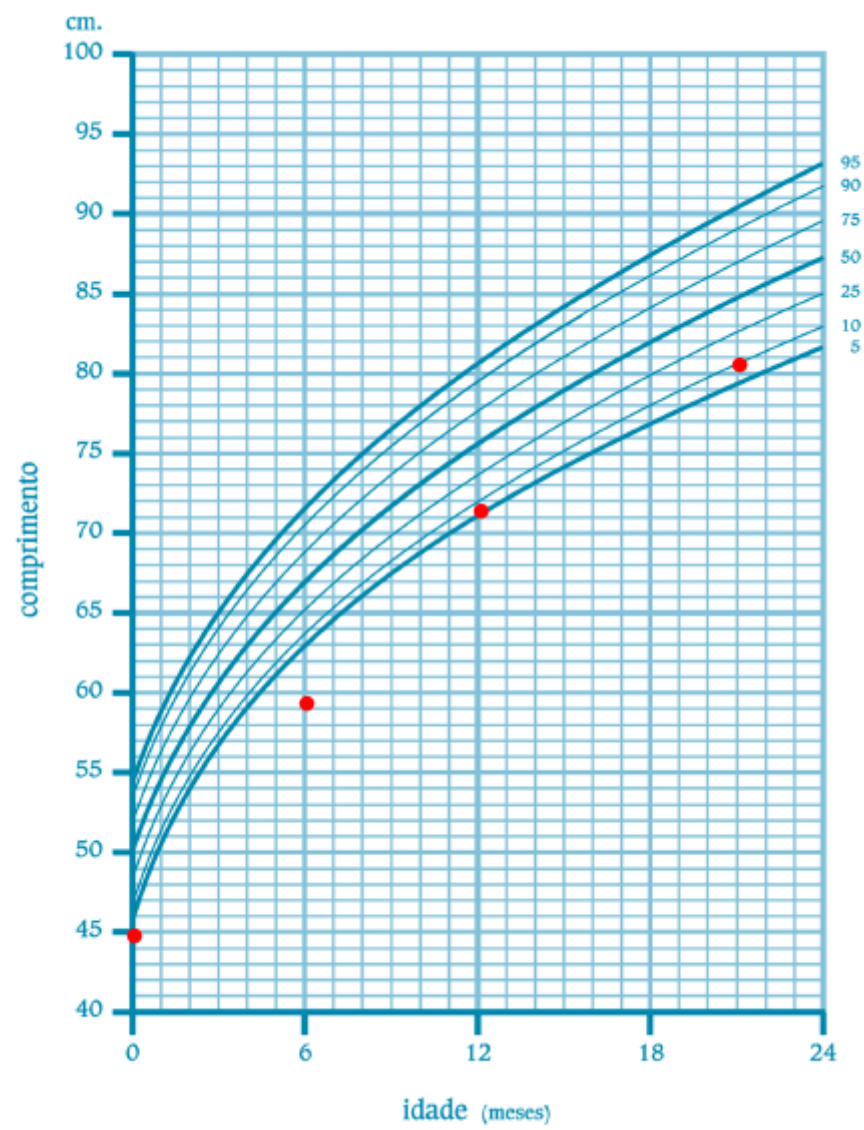
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2018). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 646-661.
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H., Vieira, M. M., & Neto, L. M. (2011). (Re)descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto Contexto*, 349-58.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Dufault, K., & Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 379-391.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Eduser - Revista de educação*, 49-65.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). Desenvolvimento cognitivo nos três primeiros anos. Em D. E. Papalia, & R. D. Feldman, *Desenvolvimento Humano* (pp. 168-205). Porto Alegre: AMGH.
- Potter, P. A. (2009). Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem. Em P. A. Potter, & A. G. Perry, *Fundamentos de enfermagem* (pp. 215 - 229). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Regulamento nº140. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, pp. 4744 - 4750.

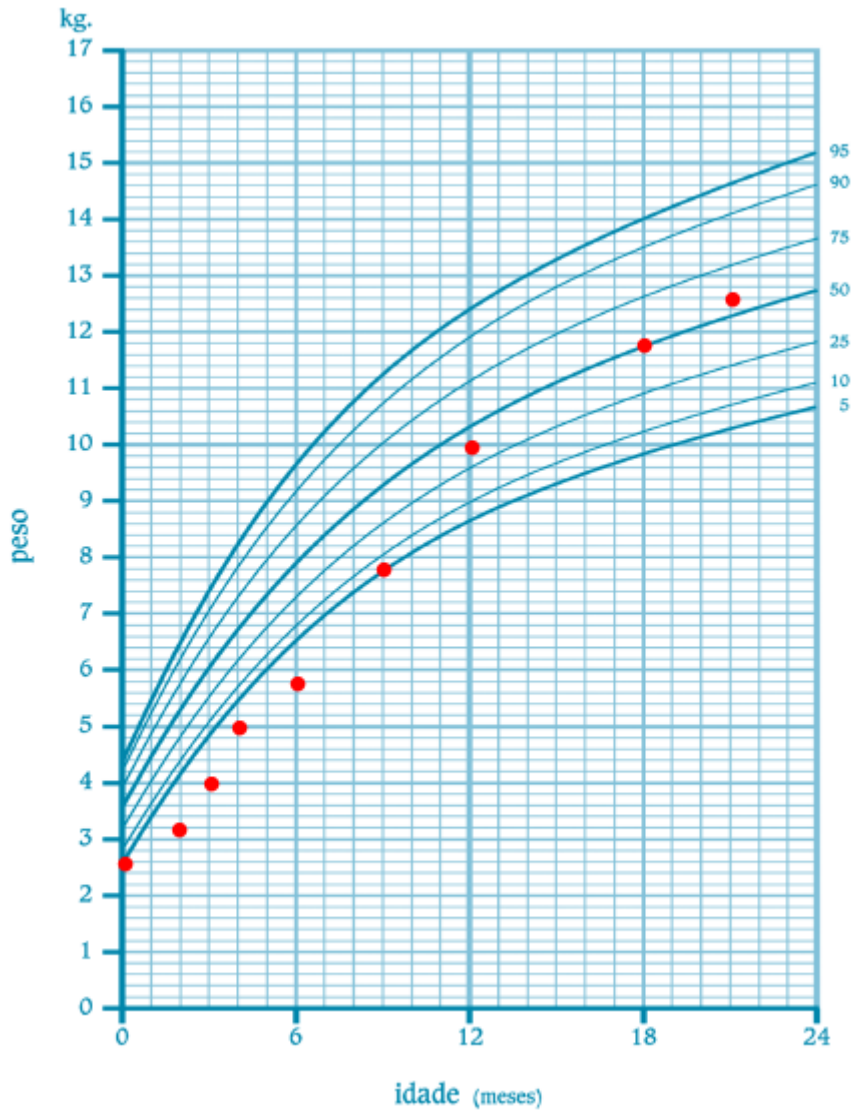
Regulamento nº422. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, pp. 19192-19194.

APÊNDICES

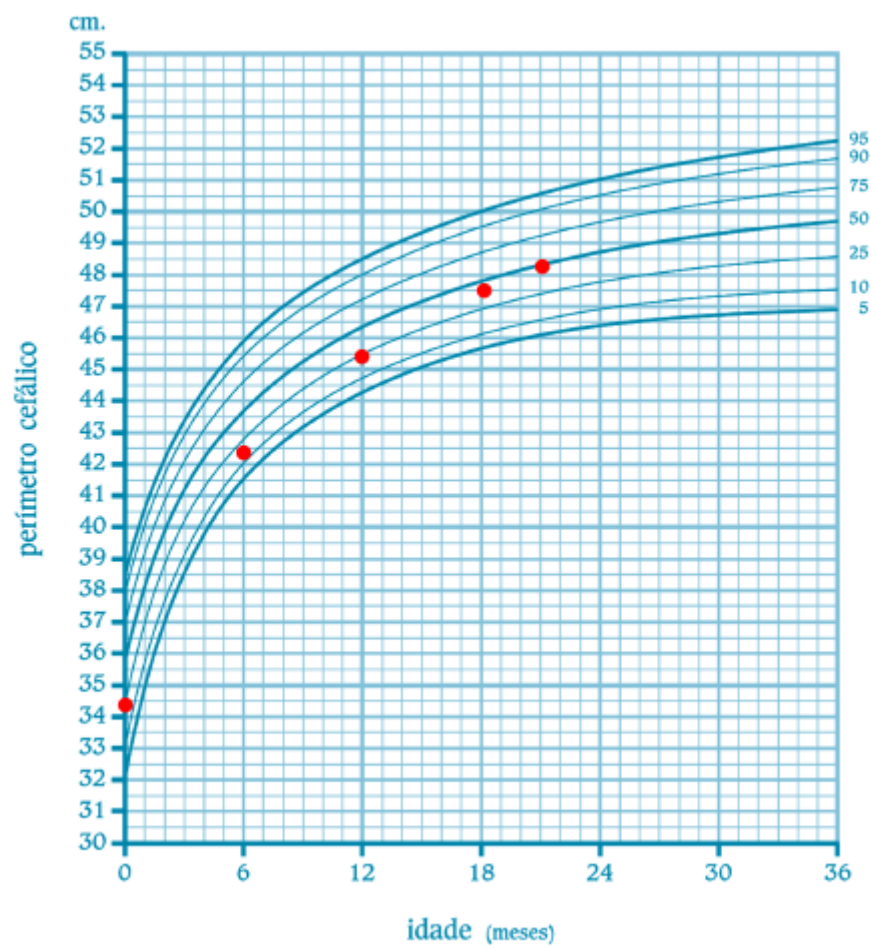
APÊNDICE I



APÊNDICE II



APÊNDICE III



Apêndice VIII

Poster em língua portuguesa

DORMIR BEM CRESCER SAUDÁVEL



FUNÇÕES DO SONO

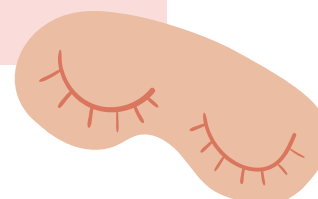
- Permite o crescimento e desenvolvimento do Sistema Nervoso Central;
- Promove a recuperação de energia, a capacidade de defesa contra as infeções e assegura várias funções hormonais;
- Filtra toda a informação do dia facilitando o processo de retenção de memória.



Sabia que existe o Dia Mundial do Sono?

INTERVÉM

Capacidade de concentração
Aprendizagem
Controlo de emoções
Vida Familiar



Horas de sono recomendadas

Idade:	Tempo Recomendado:
0 - 3 meses	14 - 17 horas
4 - 11 meses	12 - 16 horas
1 - 2 anos	11 - 14 horas
3 - 5 anos	10 - 13 horas
6 - 13 anos	9 - 11 horas
14 - 17 anos	8 - 10 horas
18 - 25 anos	7 - 9 horas

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria e Associação Portuguesa do Sono
Horas e de acordo com a idade, distribuídas pelas 24 horas do dia

Consequências da privação do sono na criança

Curto Prazo

- Irritabilidade/birras
- Maior reatividade emocional
- Humor variável
- Falta de atenção
- Incapacidade de concluir tarefas
- Perturbação da memória
- Agressividade
- Impulsividade
- Diminuição da destreza motora
- Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes

Longo Prazo

- Mau rendimento escolar
- Défice de atenção
- Ansiedade / Depressão
- Hipertensão arterial
- Obesidade



Conselhos de Higiene do Sono

- 1 Ter uma rotina de sono regular e consistente
- 2 Promover um ambiente seguro, calmo, confortável e silencioso
- 3 Incluir atividades relaxantes e calmantes, organizadas segundo a mesma ordem todas as noites (como contar histórias, dar banho ou cantar músicas de embalar)

A partir da Idade Escolar

- 4 Diminuir a exposição a equipamentos eletrónicos
- 5 Evitar alimentos e bebidas estimulantes à noite, não ingerindo líquidos em excesso antes de dormir
- 6 Evitar atividades energéticas como o exercício físico nas horas que antecedem o deitar

Bibliografia

Fatima, Y., Doi, R., & Mamun, A. (2016). Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. *Obesity reviews*, 17(11), 1154-1166; Jiang, F. (2019). Sleep and Early Brain Development. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 44-53; Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 93-108; Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel; Sociedade Portuguesa de Pediatria. (1 de junho de 2017). Sociedades e Secções da SPP - Pediatria Social: Para os Pais. Obtido de Sociedade Portuguesa de Pediatria: <https://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=367>; Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa do Sono. (18 de Março de 2016). Dia Mundial do Sono. Obtido de Criança e Família: <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-de-saude/dia-mundial-do-sono.aspx>

Apêndice IX

Poster em língua inglesa

SLEEP WELL TO GROW HEALTHY



SLEEP FUNTIONS

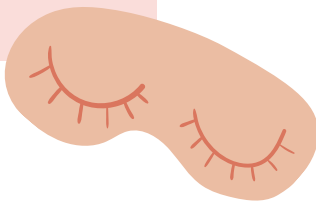
- Enables **growth** and **development** of the **Central Nervous System**;
- Promotes **energy recovery**, **defense against infections** and assures several **hormonal functions**;
- **Filters** all the information of the day promoting the **memory** retention process.

Did you know that the **World Sleep Day** exists?



INTERVENE

Concentration capacity
Learning
Control of emotions
Family Dynamics



Recommended sleep hours

Age:	Recommended time:
0 - 3 months	14 - 17 hours
4 - 11 months	12 - 16 hours
1 - 2 years	11 - 14 hours
3 - 5 years	10 - 13 hours
6 - 13 years	9 - 11 hours
14 - 17 years	8 - 10 hours
18 - 25 years	7 - 9 hours

Claimed by the Portuguese Pediatrics Society and by the Portuguese Sleep Association according to age, distributed for the 24 hours/day

Repercussions of sleep deprivation in childhood



Short Term

- Irritability/tantrums
- Greater emotional reactivity
- Variable mood
- Lack of attention
- Inability to complete tasks
- Memory impairments
- Aggressiveness
- Impulsivity
- Decrease of motor dexterity
- Increase in accidental injuries and frequent falls

Long Term

- Poor school performance
- Short attention span
- Anxiety/ Depression
- Arterial hypertension
- Obesity



Sleep Hygiene Advice

- 1 Have a **regular and consistent** sleep routine
- 2 Promote a **safe, calm, comfortable and quiet** environment
- 3 Include **relaxing and soothing activities organized in the same order** every night (like telling stories, giving bath or sing lullabies)

From School Age On

- 4 Decrease exposure to **electronic equipment**
- 5 **Avoid energizing food and drinks at night**, avoiding ingestion of liquids in excess before bed.
- 6 **Avoid energetic activities** such as physical exercise in hours before bedtime

Bibiography

Fatima, Y., Doi, R., & Mamun, A. (2016). Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. *Obesity reviews*, 17(11), 1154-1166; Jiang, F. (2019). Sleep and Early Brain Development. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 44-53; Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 93-108; Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel; Sociedade Portuguesa de Pediatria. (1 de junho de 2017). *Sociedades e Secções da SPP - Pediatria Social: Para os Pais*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Pediatria: <https://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=367>; Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa do Sono. (18 de Março de 2016). *Dia Mundial do Sono*. Obtido de Criança e Família: <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-de-saude/dia-mundial-do-sono.aspx>

Apêndice X

Dossier temático da esperança no CDI

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

Estágio com Relatório

DOSSIER TEMÁTICO

**O enfermeiro e a promoção da esperança num centro
pediátrico de desenvolvimento e reabilitação**

Inês Eliana Pinto Cavalaria



**Lisboa
abril de 2021**

11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório

DOSSIER TEMÁTICO

**O enfermeiro e a promoção da esperança num centro
pediátrico de desenvolvimento e reabilitação**

Inês Eliana Pinto Cavalaria



Professora Orientadora:
Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
abril de 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. Artigo <i>“The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature”</i> 5	
2. Artigo <i>“An exploration of hope as a concept for nursing”</i>	6
3. Artigo <i>“Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática”</i>	7
4. Artigo <i>“Promoting Family Integrity to Inspire Hope in Rehabilitation Patients: Strategies to Provide Evidence-Based Care”</i>	8
5. Artigo <i>“The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review</i>	9
6. Artigo <i>“Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping”</i>	10
7. Capítulo <i>“Guia orientador de boa prática: promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica”</i>	11
8. Documento Anexo <i>“Guia de apoio aos pais – caminhando na esperança. promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica”</i>	12
9. Poster <i>“Os nossos dias na neonatologia: estratégia de promoção da esperança, expressão de emoções e vinculação precoce”</i>	13
CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

Kolcaba e DiMarco (2005) referem-se à aplicação da Teoria do Conforto em contexto pediátrico, tentando assim alcançar o sentido de conforto e de segurança da criança e família, alvos de cuidado. Neste sentido os autores reforçam a importância do cuidado individualizado e da adoção de uma filosofia holística, para que seja possível para o enfermeiro identificar e eliminar fatores que possam fazer sentir a criança insegura. Referem ainda que otimizando fatores psicoespirituais, físicos, sociais e ambientais, podem atingir-se os estados de transcendência, alívio e calma, promovendo o conforto.

A esperança, entendida como conceito fronteira, tem sido largamente explorada em filosofia, teologia e psicologia, acabando também por ser abordada no âmbito da enfermagem por Dufault & Martocchio. É entendida por estas autoras como uma “força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo” (Dufault & Martocchio, 1985, p. 390). O papel positivo que a esperança exerce sobre a vida, a saúde e a doença é amplamente reconhecido e isso é significativo na enfermagem quando o objetivo é promover a saúde e o bem-estar das pessoas. Por este motivo, os enfermeiros têm sido permanentemente citados como promotores da esperança, por parte de clientes em diferentes fases do ciclo de vida (Farran, Herth & Popovich, 1995 cit. por Magão, 2012; Hammer, Mogensen & Hall, 2009). De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018) os enfermeiros devem envolver-se em práticas focadas na esperança e usar estratégias para fortalecer a esperança nos seus clientes.

Num contexto como o do serviço de reabilitação pediátrica e de desenvolvimento, onde os internamentos são longos e que normalmente se sucedem a eventos traumáticos, trabalhar a esperança é essencial. Segundo (Kautz & Horn, 2009) os enfermeiros em reabilitação estão numa posição-chave para promover a esperança e a integridade familiar, facilitando uma comunicação aberta entre membros da família, promovendo um tom de união dentro e entre famílias, ajudando as famílias a resolver sentimentos de culpa e a avançar para o perdão.

Apesar da postura favorável e proatividade da equipa de enfermagem o impacto da pandemia nas dinâmicas organizacionais, veio afetar toda a logística dos projetos, impossibilitando o seu desenvolvimento.

Com um propósito impulsionador no âmbito da esperança definiu-se como estratégia, a elaboração do presente dossier temático. Este documento não significa em si um fim, mas um meio para iniciar um caminho com vista no desenvolvimento de intervenções de enfermagem que dão visibilidade e envolvem a esperança na prestação de cuidados. Tem como finalidade fomentar a reflexão dos enfermeiros sobre a importância da promoção da esperança, dando também a conhecer alguns projetos presentes em outras unidades que podem servir também de inspiração para o desenvolvimento de intervenções neste contexto. Constitui assim uma ferramenta, podendo continuar a ser atualizado e complementado pela equipa de enfermagem.

O grupo de artigos científicos e documentos que compõem o dossier temático é acompanhado por um resumo para uma mais rápida consulta e a sua inclusão está justificada no próximo parágrafo.

O primeiro artigo selecionado para este dossier, é também o primeiro de uma série de seis artigos, com foco no conceito da esperança. Este artigo, por Cutcliffe & Herth (2002), assume-se como basilar para uma compreensão mais extensa do termo “esperança” assumindo-se como fundamental para entender como têm sido estabelecidas ligações entre o conceito e a enfermagem ao longo dos tempos.

Segue-se um artigo por Tutton, Seers & Langstaff (2009) que destaca a relevância da promoção da esperança para os enfermeiros nos vários contextos e como por vezes esta se torna tão incutida na prática, que se torna quase implícita. As autoras referem a importância no desenvolvimento de competências para que a este trabalho se torne visível.

No artigo de Cavaco et al. (2010) evidencia-se o papel central que a esperança assume na vida das pessoas, ao longo do ciclo de vida, nomeadamente em situações de crise e de como o enfermeiro pode promover a esperança ou evitar que esta se perca.

Os autores Kautz & Horn (2009) relacionam a promoção da esperança com a integridade familiar num artigo com o objectivo de demonstrar como a promoção da integridade familiar também promove a esperança quando um adolescente ou um

adulto é confrontado com uma nova incapacidade. Griggs & Walker (2016) aprofundam o papel da esperança em adolescentes com doença crónica.

Seguem-se Carvalho, Lourenço, Charepe & Nunes (2018) que desenvolvem um mapeamento das intervenções que foram implementadas e avaliadas para promover a esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde presentes em artigos publicados entre 2008 e 2018.

No primeiro capítulo da publicação da Ordem dos Enfermeiros (2011a) é reforçada a importância da promoção de esperança em crianças com doença crónica onde constam a abordagem ao conceito de esperança, os princípios e o algoritmo para a intervenção em esperança e a operacionalização das boas práticas. Em anexo (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) é disponibilizado um guia de apoio aos pais, que tem o potencial para inspirar projetos futuros neste contexto, pelo que este documento se encontra também disponível neste dossier temático.

Em último lugar consta um poster de Duarte & Lima (2020) onde é apresentado um projeto desenvolvido em contexto de neonatologia, enquanto estratégia promotora de esperança nos pais de recém-nascidos. Este poster é apresentado, por forma a dar a conhecer resultados da implementação de projetos com objetivo de promover a esperança em contexto hospitalar.

1. Artigo “*The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature*”

Cutcliffe, J. R., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 833-840.

Resumo

A esperança tem sido descrita em termos teóricos desde há muitos anos, mas o reconhecimento da importância da esperança na prática da enfermagem é um fenómeno mais recente. Este é o primeiro de uma série de seis artigos, que pretendem explorar a natureza da esperança, revisitar o trabalho teórico e empírico existente em várias áreas distintas da enfermagem e fornecer estudos de caso para ilustrar o papel que a esperança desempenha nas situações clínicas.

Este artigo começa por apresentar uma análise contextual da esperança e aborda o passado filosófico do conceito, segundo as perspetivas chinesa, da Índia oriental, da Grécia antiga, cristã e existencial.

Em seguida, aborda as definições da esperança relativas aos cuidados de saúde: esperança dos adolescentes e esperança em pacientes com cancro, que suportam o modelo de Dufault & Martocchio (1985).

Em terceiro lugar os autores fazem uma análise do conceito com recurso a revisões da literatura, chegando à conclusão que, apesar de o termo ser abordado várias vezes, é ainda difícil encontrar uma definição suficientemente abrangente para a esperança.

2. Artigo “An exploration of hope as a concept for nursing”

Tutton, E., Seers, K. & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 119-127.

Resumo

A esperança é entendida como importante para a recuperação e os enfermeiros são entendidos como “facilitadores” da esperança para os pacientes e para as suas famílias. Neste sentido, o objetivo deste artigo é examinar a percepção de esperança nos cuidados de saúde com foco particular na natureza da esperança em enfermagem, a relação da esperança com outros conceitos periféricos, a experiência da esperança em alguns contextos e a contribuição da enfermagem. Para isso, o artigo começa por examinar a natureza da esperança em enfermagem e as suas definições, assim como o enquadramento da esperança enquanto expectativa, nomeando as especificidades de cada tipo.

A relação da esperança com outros conceitos como desesperança e desespero e a experiência da esperança em diferentes contextos também é explorada.

Por fim, aborda-se a contribuição da enfermagem e a relevância da esperança para a prática clínica, já que, aparentemente, a esperança encontra-se incutida nas práticas dos enfermeiros. Os estudos consultados sugerem que os enfermeiros têm um papel na relação com a esperança. Contudo, este papel permanece camuflado, genérico e incorporado nas relações interpessoais.

Os autores referem que a esperança é um conceito emergente e que é necessário continuar a explorar a sua presença em vários contextos, pois isso poderá capacitar os profissionais de saúde a desenvolver as suas competências na sustentação e facilitação de esperança nos outros, através das suas interações diárias e atividades.

3. Artigo “Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática”

Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A. F., Martins, A. & dos Santos, M. (12 de março de 2010).

Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência*, pp. 93-103.

Resumo

Este artigo é uma Revisão Sistemática da Literatura que tem como objetivo compreender a relação entre a esperança e a saúde da pessoa.

Foram selecionadas fontes no espaço cronológico de 1999 a 2009 que obedecem aos critérios de inclusão, definindo igualmente critérios de exclusão. A apresentação de resultados é realizada através de um diagrama que representa os achados dos artigos considerados, compreendendo o papel da esperança na saúde da pessoa, as ações de enfermagem que influenciam ou são influenciadas pela esperança, ações que limitam a esperança e também ações incrementadoras de esperança nas pessoas.

Este artigo conclui que a esperança tem um efeito benéfico para a saúde das pessoas, sendo um dos aspetos centrais no cuidado de enfermagem, na capacitação da pessoa para lidar com situações de crise, para a manutenção da qualidade de vida, para a determinação de objetivos saudáveis e para a promoção da saúde. A esperança pode, ainda, ser encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto. Desta forma torna-se imprescindível que os enfermeiros reconheçam a sua relevância, no progresso do estado de saúde da pessoa de quem cuidam, uma vez que se encontram, inevitavelmente, numa posição que a pode influenciar positiva ou negativamente.

A esperança surge, de modo inegável, como um conceito central em enfermagem e como uma componente fundamental do agir profissional dos enfermeiros.

4. Artigo “Promoting Family Integrity to Inspire Hope in Rehabilitation Patients: Strategies to Provide Evidence-Based Care”

Kautz, D. D., & Horn, V. E. (2009). Promoting Family Integrity to Inspire Hope in Rehabilitation Patients: Strategies to Provide Evidence-Based Care. *Rehabilitation Nursing*, 168-173.

Resumo

Este artigo relaciona a promoção da integridade familiar com a promoção de esperança em pacientes com necessidades de reabilitação. Os autores apresentam o caso de um adolescente que fica tetraplégico após um acidente e da sua família. Relacionando a integridade familiar e a esperança apresentando atividades que para além de promoverem a esperança, promovem um bom funcionamento familiar. As atividades estão divididas em categorias que vão de encontro à Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC): facilitar a comunicação aberta entre os membros da família; facilitar a sensação de união dentro e entre a família e ajudar as famílias a perdoar e resolver sentimentos de culpa.

A implementação deste tipo de atividades pode aumentar a probabilidade de um resultado positivo na reabilitação e também favorecer a promoção de esperança no momento.

5. Artigo “The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review

Griggs, S., & Walker, R. K. (2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 404-421.

Resumo:

Esta revisão integrativa da literatura tem o objetivo de descrever o que é atualmente conhecido sobre o papel da esperança em adolescentes com doença crônica. Para a realização desta revisão integrativa, são obtidos artigos publicados entre 1995 e 2015, dos quais são selecionados 54. Após a leitura dos mesmos, torna-se evidente que a esperança nos adolescentes com doença crônica promove a saúde, facilita o processo de *coping* e ajustamento emocional, aumenta a qualidade de vida, é essencial na espiritualidade/propósito na vida e na doença, melhora a autoestima, é um fator importante na resiliência e afeta o desenvolvimento. Neste sentido, os resultados são agrupados nestas sete categorias.

6. Artigo “Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping”

Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z. & Nunes, E. (2018). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 646-661.

Resumo

Este artigo é uma revisão scoping e tem com o objetivo mapear as intervenções que foram implementadas e avaliadas para promover a esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde em artigos publicados entre 2008 e 2018. A apresentação de intervenções está subdividida por contextos (consulta externa, hospitalar e grupos de ajuda mútua) e por tipo de aplicação (a nível individual ou em grupo). A apresentação de intervenções, com os respetivos resultados é esclarecedora, revelando que na sua grande maioria promovem a esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde.

7. Capítulo “Guia orientador de boa prática: promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica”

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guia orientador de boa prática: promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica. Em Ordem dos Enfermeiros, *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III* (pp. 7 - 26). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Resumo

Este capítulo é relevante para ressaltar a importância da promoção da esperança, indicando-se pelo enquadramento conceptual e pelos princípios da intervenção em esperança, alicerçando assim as práticas dos enfermeiros em vários contextos.

Após o algoritmo para a intervenção em esperança é apresentada a operacionalização das boas práticas dos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados. Por fim, apresenta também questões de investigação relacionadas com utilização de critérios de qualidade que permitam avaliar a implementação nas práticas de cuidados de estratégias promotoras de esperança dirigidas a pais de crianças com doença crónica.

8. Documento Anexo “Guia de apoio aos pais – caminhando na esperança. promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica”

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Guia orientador de boa prática: promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica. Anexo 1 – Guia de Apoio aos Pais – Caminhando na Esperança. Em Ordem dos Enfermeiros, *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III* (pp. 31 - 52). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Resumo

Este documento anexo constitui uma importante ferramenta de promoção da esperança, junto dos pais de crianças com doença crónica. Esta ferramenta pode ser transponível para contextos onde existam crianças com necessidades especiais de saúde ou incapacidade.

9. Poster “Os nossos dias na neonatologia: estratégia de promoção da esperança, expressão de emoções e vinculação precoce”

Duarte, T. & Lima, S. (2020, março 4-5). Os nossos dias na neonatologia: estratégia de promoção da esperança, expressão de emoções e vinculação precoce [Poster presentation]. 2as jornadas emoções em saúde, Lisboa.

Resumo

O poster apresenta um projeto desenvolvido numa unidade de neonatologia de um hospital da área da grande Lisboa. A equipa desenvolveu um diário personalizado para os pais com a função de instrumento terapêutico de enfermagem, que incentiva à expressão de emoções, promoção de esperança e da qualidade da interação precoce com o recém-nascido. Este diário, a ser utilizado por pais e profissionais, pode significar ganhos importantes na gestão do internamento.

Neste contexto apresentou resultados favoráveis ao nível da satisfação dos pais, comunicação com os profissionais, registo e celebração de conquistas, promoção da esperança, entre outros.

Em forma de poster é apresentado nas 2as Jornadas “Emoções em Saúde” e o projeto culmina na elaboração de uma norma de procedimento e da realização de formação em serviço, por forma a ser aplicada de forma adequada e sistemática por toda a equipa.

CONCLUSÃO

Com a realização deste dossier temático torna-se evidente a relevância da esperança nos cuidados de enfermagem. Os documentos e artigos selecionados espelham não só isso, como também que a promoção da esperança é favorável à recuperação dos indivíduos. A esperança assume um papel central na vida das pessoas, ao longo do ciclo de vida, nomeadamente em situações de crise, tornando-se fundamental o conhecimento de estratégias para a sua promoção.

Neste contexto onde a promoção da esperança é tão valorizada, é importante que os profissionais continuem a desenvolver as suas competências nesta área, dinamizando projetos que enriquecem a prática, favorecendo a promoção da esperança nos adolescentes, crianças e famílias com necessidades especiais de saúde que estão a atravessar um período emocionalmente intenso.

Concluindo este dossier temático pode salientar-se a dificuldade na obtenção de artigos com enfoque no contexto de reabilitação e desenvolvimento, fazendo sentido afirmar que existe uma lacuna ao nível da investigação sobre o tema, que por ser pertinente, carece de mais investigação.

Contudo, pretende-se que este dossier temático possa constituir uma ferramenta potenciadora de reflexão na equipa de enfermagem contribuindo para a prestação de cuidados baseados na evidência e para a promoção da esperança das crianças, jovens e das suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z. & Nunes, E. (2018). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 646-661.
- Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A. F., Martins, A. & dos Santos, M. (12 de março de 2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência*, pp. 93-103.
- Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 833-840.
- Duarte, T. & Lima, S. (2020, março). Os nossos dias na neonatologia: estratégia de promoção da esperança, expressão de emoções e vinculação precoce. Poster apresentado nas 2as Jornadas “Emoções em Saúde”, Lisboa.
- Dufault, K. & Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 379-391.
- Hammer, K., Mogensen, O. & Hall, E. O. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 547-557.
- Kautz, D. D. & Horn, V. E. (2009). Promoting Family Integrity to Inspire Hope in Rehabilitation Patients: Strategies to Provide Evidence-Based Care. *Rehabilitation Nursing*, 168-173.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 187-194.
- Magão, M. T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica. Em M. L. Basto, *Cuidar em Enfermagem - Saberes da Prática* (pp. 49-106). Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guia orientador de boa prática: promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica. Em Ordem dos Enfermeiros, *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III* (pp. 7 - 26). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Guia orientador de boa prática: promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica. Anexo 1 – Guia de Apoio

aos Pais – Caminhando na Esperança. Em Ordem dos Enfermeiros, Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III (pp. 31 - 52). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº422. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, pp. 19192-19194.

Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 119-127.