

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Cuidar da criança em pós-operatório e da sua família: a
gestão recíproca das emoções e da informação enquanto
intervenção de enfermagem**

Liliana Isabel Martinho

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Cuidar da criança em pós-operatório e da sua família: a
gestão recíproca das emoções e da informação enquanto
intervenção de enfermagem**

Liliana Isabel Martinho

Orientador: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À minha família...

Em especial à professora Paula Diogo! Muito obrigada pela disponibilidade, rigor e
sapiência com que orientou este percurso.

A todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para a concretização deste
objetivo, nomeadamente às crianças e suas famílias.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP - American Academy of Pediatrics

CCF - Cuidados Centrados na Família

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

DR - Diário da República

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IPFCC - Institute for Patient and Family Centered Care

NACPCJ - Núcleo de Apoio à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SNIPi - Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SO - Sala de Observação

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - United Nations Children's Fund

RESUMO

A experiência cirúrgica vivenciada pela criança e pela sua família, pode despoletar estados emocionais perturbadores impeditivos ao entendimento e assimilação da informação fornecida no período pós-operatório, por sua vez, a informação insuficiente também poderá conduzir à falta de sentimento de controlo e emocionalidade negativa. Considerando, a minha experiência profissional e a evidência científica, o cerne do meu estudo é a gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem.

O repto deste Relatório de Estágio, compreende a descrição, análise e reflexão do percurso formativo, ponderado, com vista à aquisição de competências de EEESIP. A sua elaboração subsidiou-se em conceções teóricas dominantes, como a teoria de cuidar segundo Jean Watson, o modelo de sistemas de Betty Neuman, e as filosofias de cuidados pediátricos, nomeadamente os CCF, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos. Em comum, estas conceções atendem ao holismo e humanização dos cuidados de saúde, intrínsecos à intervenção de enfermagem. Ancoradas no paradigma da transformação, reforçam a visibilidade da emocionalidade no ato de cuidar, nomeadamente mobilizando estratégias que visam a modificação dos estados emocionais perturbadores para estados de tranquilidade e bem-estar. A experiência prática em contexto de estágio constituiu-se como essencial, promovendo a transformação da experiência em aprendizagem, sustentada na metodologia de formação reflexiva na e sobre a ação, com recurso ao ciclo reflexivo de Gibbs. No cuidado individualizado à criança e sua família, a intervenção de enfermagem deverá atender à mobilização de estratégias de gestão recíproca das emoções e informação. Estas, relacionam-se, interligam-se e complementam-se. Das atividades desenvolvidas, destaco a elaboração de um algoritmo de atuação em enfermagem, recorrendo à gestão das emoções para prover cuidados. Este percurso foi pautado pela motivação de proporcionar cuidados de excelência, promovendo uma experiência cirúrgica positiva, com destaque para o período pós-operatório, acrescentando vivências adaptativas e capacitação no regresso a casa da criança e sua família.

Palavras-chave: Criança e Família, Cirurgia, Gestão da Informação, Emoções, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

The surgical experience experienced by the child and his family can trigger disturbing emotional states that impede the understanding and assimilation of the information provided in the postoperative period, in turn, insufficient information may also lead to a lack of control and negative emotionality. Considering my professional experience and the scientific evidence, the core of my study is the reciprocal management of emotions and information as a nursing intervention.

The challenge of this Internship report includes the description, analysis and reflection of the formative course, weighted, with a view to the acquisition of nurse specialist in child and pediatric health nursing competences. Its elaboration was based on dominant theoretical concepts such as Jean Watson's theory of care, the Betty Neuman systems model, and pediatric care philosophies, such as family centered care, care partnership and non-traumatic care. In common, these concepts address the holism and humanization of health care, intrinsic to the nursing intervention. Anchored in the paradigm of transformation, they reinforce the visibility of emotionality in the act of caring, namely by mobilizing strategies aimed at the modifying disturbing emotional states, for states of tranquility and well-being. Practical experience in the context of the internship is essential, promoting the transformation of the learning experience, based on the methodology of reflexive formation in and on the action, using the Gibbs's reflective cycle. In the individualized care of the child and his family, the nursing intervention should attend to the mobilization of strategies of reciprocal management of the emotions and information. These, relate, interconnect and complement each other. From the developed activities, I highlight the elaboration of an algorithm of actuation in nursing, resorting to the management of the emotions to provide care. This course was based on the motivation to provide excellent care, promoting a positive surgical experience, highlighting the postoperative period, adding adaptive experiences and training in the return home of the child and his family.

Key-words: Child and Family, Surgery, Information Management, Emotions, Nursing Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1 Cuidar da criança em período pós-operatório e da sua família	12
1.1.1 Cuidados centrados na criança e sua família.....	14
1.1.2 Parceria de cuidados com a criança e sua família.....	15
1.1.3 Cuidados não traumáticos em pediatria.....	16
1.2 Influência recíproca da experiência emocional e transmissão de informação na criança e família em período pós-operatório	16
1.3 Intervenção de enfermagem e estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação em período pós-operatório	19
1.4 Mapa Conceptual	24
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	25
3. METODOLOGIA	28
4. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE ESTÁGIO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
4.1 Serviço de urgência pediátrica.....	31
4.2 Centro de reabilitação de paralisia cerebral.....	36
4.3 Cuidados de saúde primários.....	38
4.4 Serviço de neonatologia.....	43
4.5 Internamento cirúrgico de pediatria.....	46
5. PROJETOS FUTUROS	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	
Apêndice I - Cronograma de Estágio	
Apêndice II - Guia Orientador de Atividades de Estágio	
Apêndice III - Tópicos de Orientação para Observação das Práticas	
Apêndice IV - <i>Kit Sem Dor</i>	
Apêndice V - Diploma de Bom Comportamento	
Apêndice VI - Entrevista a Perito	
Apêndice VII - Jornais de Aprendizagem – Cursando um Caminho de Aprendizagem	

Apêndice VIII - Análise Fundamentada Das Práticas – Intervenção de Enfermagem na Criança com Paralisia Cerebral e sua Família

Apêndice IX - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil – Diagnósticos de Enfermagem associados à Gestão Recíproca das Emoções e da Informação em Sistema *SClinico*

Apêndice X - Poster – Brincar a Linguagem Universal da Criança

Apêndice XI - Folheto – Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Apêndice XII - Norma de Procedimento de Enfermagem sobre a Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Apêndice XIII - Sessão de Formação “Cuidar da Criança e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem” – Apresentação de Atividades de Estágio

Apêndice XIV - Aprendizagens numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais...

Apêndice XV - *Dossier* Temático: Gestão de Emoções no Cuidado ao Recém-nascido e sua Família

Apêndice XVI - Identificação das Necessidades de Gestão Recíproca das Emoções e da Informação – Desenvolvimento do Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

Apêndice XVII - *Check-list* de Identificação de Necessidades Informativas Para a Preparação do Regresso a Casa

Apêndice XVIII - Sessão de Formação em Serviço “Cuidar da Criança em Pós-operatório e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem”

Apêndice XIX - Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

Apêndice XX - Refletindo...na Aplicabilidade do Algoritmo de Atuação em Enfermagem com Foco na Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Anexo II - 1.^{as} Jornadas “Emoções em Saúde” – Contributos para o desenvolvimento da competência emocional dos enfermeiros

INTRODUÇÃO

Integrado no 9º Curso de Mestrado e Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no âmbito da disciplina estágio com relatório, procede-se à elaboração do presente relatório de estágio. Através deste, pretende-se descrever, analisar e refletir o percurso realizado no decorrer do estágio, e o consequente desenvolvimento e aquisição de competências. Este percurso formativo circunscreve-se na “aquisição de competências de especialista” (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2017, p.4). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), presta cuidados de nível avançado, com segurança e competência, à criança saudável ou doente, sendo detentor de conhecimentos que lhe permitem atuar em diversas áreas de complexidade (Diário da República [DR], 2018). Atendendo ao referido, desenvolvi o meu percurso perspetivando a aquisição de competências de nível avançado; segundo Silva (2007) a enfermagem avançada denota maior competência para o desempenho, centrado numa lógica concetual, concretizando-se na relação interpessoal alicerçada em teorias de enfermagem tendo em conta o diagnóstico e as respostas humanas vivenciadas, mostrando maior competência na tomada de decisão.

A escolha da problemática em estudo teve como ponto de partida a minha experiência enquanto enfermeira, prestando cuidados num serviço de internamento cirúrgico de pediatria, onde quotidianamente percebo a necessidade da gestão recíproca das emoções e da informação, e a entendo como essencial na prestação de cuidados holísticos e humanizados à criança e à sua família. Pela minha vivência, admito a problemática “Cuidar da criança em pós-operatório e da sua família: a gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem”. A elaboração deste trabalho, para além de me permitir desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências, também é pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na instituição que integro, tendo sempre como foco a satisfação e promoção do bem-estar do cliente pediátrico.

Saliento como fundamental a realização do estágio, o qual me proporcionou um vasto leque de experiências que ao serem vivenciadas e suportadas na reflexão, se consolidaram para a integração de novos conhecimentos. Segundo Santos e Fernandes (2004), a prática reflexiva baseia-se nos pressupostos da aprendizagem experiencial, envolvendo por parte do sujeito uma ação voluntária e intencional, sendo que no âmbito da enfermagem pediátrica considera-se a reflexão estruturada um

processo de análise consciente, dinâmico, persistente e cuidadoso acerca das experiências do cuidar a criança e família, por forma à aquisição de nova compreensão e apreciação das suas intervenções. Refiro-me à reflexão como um processo de aprendizagem, através do qual os indivíduos se envolvem intelectualmente e afetivamente explorando as experiências, por forma a chegarem a novas compreensões e apreciações (Warner, 2006). Para concretizar esta reflexão sobre a prática utilizo como instrumento de reflexividade o ciclo de Gibbs (Jasper, 2003). Assim, durante o estágio tive em atenção que a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é complexa e possui muitas mais realidades do que as apresentadas pela teoria, sendo que as enfermeiras se apropriam de uma quantidade de conhecimentos que lhes proporciona uma compreensão, interpretação e resposta adequada às várias necessidades do cliente (Benner, 2001). Torna-se importante referir que os cinco contextos de prestação de cuidados, nos quais se desenvolveu o estágio foram selecionados tendo em conta a problemática em estudo, bem como as suas características e possíveis contributos, proporcionando-me no final um vasto leque de experiências, que ao serem analisadas e refletidas foram cruciais na aquisição de competências especializadas. A certificação de competências especializadas pressupõe que o enfermeiro especialista possua um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades” que respondam às necessidades de saúde dos clientes (DR, 2019, p. 4744).

Este percurso formativo encontra-se ancorado no paradigma da transformação da Enfermagem, no qual a pessoa é entendida como um ser único, constituída pelas suas múltiplas dimensões que formam o seu todo, o cliente é único e indissociável do seu universo (Lopes, 2001), valorizando-se que, na sua intervenção o enfermeiro atenda ao holismo e à humanização dos cuidados. O mesmo é sustentado em conceções teóricas dominantes e orientadoras como a teoria do cuidar segundo Jean Watson, compreendendo os aspetos transpessoais do cuidar e enfatizando que a mente e as emoções são essenciais no acesso ao interior do cliente (Watson, 2012). E o modelo de sistemas de Betty Neuman, onde é destacada a importância da relação enfermeiro-cliente, sendo o último considerado um sistema aberto em constante interação com o ambiente, percebendo-se os *stressores* como estímulos produtores de tensão e instabilidade no sistema, e a saúde como um sistema de bem-estar, no qual é encontrada estabilidade (Neuman & Fawcett, 2011). Além do exposto, também são valorizadas as filosofias inerentes ao EEESIP, nomeadamente os cuidados centrados na família (CCF), a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos.

Desta forma, alicerçada por estas concepções de Enfermagem, este relatório de estágio tem como finalidade demonstrar as competências que foram adquiridas através do percurso de estágio, e no desenvolvimento das atividades. Os objetivos gerais definidos são:

- Desenvolver competências de EEESIP, no âmbito dos cuidados à criança e sua família, ao longo do seu desenvolvimento e visando a maximização da sua saúde.
- Desenvolver competências de EEESIP, no âmbito da gestão recíproca das emoções e da informação, na criança e sua família em período pós-operatório.

Este relatório encontra-se estruturado por capítulos e subcapítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento conceptual, permitindo a definição de conceitos centrais e orientações para a prática de EEESIP. De seguida, um capítulo destinado à abordagem da problemática. Posteriormente, é descrita a metodologia utilizada para a sua consecução. Avançando, explicita-se o percurso de estágio e o desenvolvimento de competências descrevendo não só as atividades, mas também realizando uma análise e reflexão do seu contributo para a aquisição de competências de EEESIP. Seguidamente, os projetos futuros e, por último, as considerações finais.

Torna-se ainda significativo referir que ao longo do presente relatório, tal como ao longo do estágio, tive sempre por base o Regulamento nº. 140/2019 referente às competências comuns do enfermeiro especialista, o Regulamento n.º 422/2018 alusivo às competências específicas do EEESIP e o Regulamento n.º 351/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, para além da pesquisa de evidência científica, prosseguindo a prática baseada na evidência; não só adotando intervenções eficazes, e com elevados padrões de qualidade, como também assegurando que os resultados sejam os mais benéficos possíveis (Craig & Smyth, 2004).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo tem como finalidade a abordagem dos conceitos e orientações fundamentais que me suportam, tal como a explicitação das bases teóricas que justificam e alicerçam a minha problemática. Inicialmente, serão expostos aspetos referentes ao cuidar da criança em período pós-operatório e da sua família. Posteriormente, consignada a influência recíproca da experiência emocional e transmissão de informação na criança e família em período pós-operatório. E por último, indagada a intervenção de enfermagem e estratégias para a gestão recíproca das emoções e da informação nos cuidados à criança em período pós-operatório e sua família.

1.1 Cuidar da criança em período pós-operatório e da sua família

Cuidar é a arte que está na origem de todos os conhecimentos, de toda a cultura e sem a qual não se poderia existir. Concebe e regenera a vida, mobilizando forças e desejo de viver, iniciando uma vasta dimensão de gestos e palavras (Collière, 2003). Segundo Watson (2012), o corpo não deve ser cuidado em separado da mente ou das emoções, o cuidar pode ser físico e objetivo, mas num nível mais elevado as respostas humanas no cuidar, e a presença do enfermeiro, estabelece contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, como caminho para o seu interior. Baseando-me no modelo de sistemas de Betty Neuman, destaco o cuidar segundo uma abordagem holística aos clientes, tendo em conta todas as variáveis que afetam o cliente, percebendo os *stressores* como produtores de instabilidade no sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Mencionando conceitos centrais, a United Nations Children's Fund (UNICEF), (2004, p.6) afirma que "A criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo". E a sua família, é entendida como "dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico" (Hanson, 2005, p.6).

No que concerne à cirurgia, esta pode gerar uma crise no sistema familiar, dado que afeta cada um dos seus membros, o enfermeiro deve adotar estratégias que promovam a diminuição dos efeitos traumáticos da hospitalização, quer na redução das perturbações do comportamento no período pós-operatório, quer no pós-alta. No que respeita à cirurgia com caráter de urgência, dado não exigir tempo para obter a

confiança da criança no período pré-operatório, deve intervir-se no período pós-operatório, reavendo as informações relacionadas com o procedimento e esclarecendo-a acerca do que foi realizado por forma a que a criança possa elaborar as suas emoções e adquirir uma compreensão adequada, reabilitação e hospitalização positivas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

O período pós-operatório, é entendido como o momento em que o cliente sai da sala cirúrgica até ao momento em que retoma as suas atividades normais, a duração deste período depende do tipo de intervenção cirúrgica e pode dividir-se em três etapas, o período pós-operatório imediato (primeiras 12 a 24 horas após final da cirurgia), o pós-operatório mediato (após as primeiras 24 horas até ao dia da alta hospitalar) e o pós-operatório tardio (1 ou 2 meses para cicatrização das lesões) (OE, 2011).

Segundo Brown (2014), cuidar da criança inclui a preparação para procedimentos por forma a diminuir-lhe a ansiedade, promover a sua cooperação e reforçar ou ensinar habilidades de *coping* promovendo uma sensação de controlo quando experimenta um acontecimento potenciador de *stress*. Assim, são várias as intervenções de enfermagem que devem ser desenvolvidas no período pós-operatório com vista a minimizar ou diminuir os possíveis efeitos do procedimento cirúrgico. Após a cirurgia, a avaliação e controlo da dor é uma das principais intervenções de enfermagem, tal como a presença do enfermeiro no período de recuperação, avaliando as suas perceções acerca da cirurgia, podendo com essa informação apoiar ou corrigir essas mesmas perceções, incentivando a sua autoestima por ter passado por um processo *stressante* (Brown, 2014), e estimulando à sua expressão de sentimentos. Outra das estratégias com resultados terapêuticos comprovados é o brincar, na medida que promove o bem-estar da criança intervindo a nível da gestão do seu estado emocional, proporcionando estabilidade e adaptação à experiência, transformando-a numa vivência positiva de hospitalização e cirurgia (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

Indo ao encontro das orientações inerentes aos cuidados em pediatria, nos subcapítulos seguintes são abordados aspetos importantes relacionados com as mesmas.

1.1.1 Cuidados centrados na criança e sua família

Os CCF, constituem-se numa filosofia basilar na prestação de cuidados de qualidade às crianças e suas famílias (Coyne, 2013). Os enfermeiros na sua prestação de cuidados à criança, percebem que a família desempenha um papel crucial na facilitação da participação nos cuidados, de modo que, ao promover o envolvimento dos pais são defendidas as necessidades e valores das crianças, os enfermeiros podem assim promover o bem-estar emocional dos clientes (Coyne, Amory, Kiernan & Gibson, 2014). Para Neuman, o bem-estar existe quando todas as partes do sistema do cliente interagem harmoniosamente e as necessidades do sistema estão satisfeitas (Freese, 2004).

Esta filosofia reconhece a importância da família como cliente nos cuidados (Pacheco et al., 2013) de tal forma, que a experiência e os estudos mostram que quando os clientes, a família, e os profissionais trabalham em parceria, a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde aumenta, ocorre diminuição dos custos e é acrescentada satisfação pelos cuidados (Institute of Patient and Family Centered Care [IPFCC], 2017). Os CCF, incluem ouvir e respeitar cada criança e sua família, garantir a flexibilidade na organização dos procedimentos para que os cuidados possam ser adaptados às suas necessidades, partilhar informação de forma completa, honesta e imparcial para que possam efetivamente participar nos cuidados e na tomada de decisão, colaborar com a criança e família em todos os níveis de prestação de cuidados, reconhecer os pontos fortes das famílias, capacitá-los e estabelecer relações de confiança (American Academy of Pediatrics [AAP], 2012). Os quatro conceitos básicos dos CCF assentam na dignidade e no respeito, na partilha de informações, na participação e na colaboração (IPFCC, 2017).

Pelo exposto, entendem-se os CCF como uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados em saúde, fundamentada numa parceria benéfica para os clientes, as famílias e os profissionais, sendo não só a criança, mas toda a família reconhecida como foco de atenção (Cruz & Ângelo, 2011).

1.1.2 Parceria de cuidados com a criança e sua família

A par dos cuidados CCF, segue a parceria de cuidados, citando Casey a OE (2015) refere que o modelo de parceria de cuidados, considera a criança como cliente, e a família é considerada enquanto prestadora de cuidados, pressupõem-se que haja negociação e respeito pela vontade da família. Assim, reconhecer e valorizar a família como parceiros, implica que da parte dos enfermeiros se mobilizem saberes, habilidades e comportamentos que os permitam agir promovendo a parentalidade (OE, 2015).

Tendo em conta esta filosofia, é fundamental perceber que a hospitalização programada ou não, tem sempre repercussões na vida de uma família, potenciando instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, gerando crise (Jorge, 2004). Segundo Neuman, toda a vida se caracteriza pelo efeito recíproco contínuo de equilíbrio e desequilíbrio no organismo (Freese, 2004). Faz parte da intervenção de enfermagem dar respostas às inquietações da família, e através da comunicação clara e continuada, estabelecer uma relação de confiança, escuta ativa e partilha de experiências, oferecendo resposta às necessidades da criança e da sua família (Smith, Swallow & Coyne, 2015).

O EEESIP deverá prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança saudável ou doente, tendo como intento o trabalho em parceria com a criança e família (DR, 2018). Neste sentido, o enfermeiro mobiliza intervenções que efetivam a minimização dos efeitos adversos que a admissão no hospital pode ter na criança e sua família, através da parceria de cuidados e da construção de uma relação de confiança entre a criança, família e enfermeiro, melhorando a sua experiência (Sousa, Antunes & Carvalho, 2013 citando Casey). Segundo Pedroso (2017), o enfermeiro deve incluir a família no processo de cuidados, permitindo não só a sua presença como a sua participação ativa, estimulando que a família proveja apoio emocional e segurança à criança hospitalizada. Corroborando Sousa, Antunes e Carvalho (2013), afirmam que uma abordagem de parceria nos cuidados, melhora a experiência de todos os interessados, estabelece uma relação de confiança com utilização de estratégias de negociação e troca contínua de informações. Deve haver um reconhecimento claro dos papéis nos cuidados, de forma a que sejam tidas em consideração as necessidades totais da criança, tal como deve ser garantido que os pais compreendam o seu papel e possam facilmente abster-se de participar nos cuidados.

1.1.3 Cuidados não traumáticos em pediatria

Reconhecendo a importância da parceria de cuidados e dos CCF, evidenciando a prestação de cuidados de qualidade à criança e sua família, salienta-se a relevância dos cuidados não traumáticos em pediatria. É destacado pelo Instituto de Apoio à Criança (IAC), (2008) que devem evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável à criança, sendo importante a sua proteção para todos os procedimentos que não a beneficiem.

Os cuidados não traumáticos têm por base intervenções que eliminam ou minimizam, o desconforto físico ou psicológico experimentado pela criança ou família, estas intervenções abrangem a preparação das crianças para os procedimentos ou mesmo até a preparação do espaço da criança e família. O desconforto psicológico pode englobar a ansiedade, medo, raiva, desânimo, tristeza, vergonha ou culpa, o desconforto físico pode incluir estímulos sensoriais como a dor. Assim, os cuidados não traumáticos têm em conta todo e qualquer procedimento realizado na criança com o propósito de prevenir ou minimizar o *stress* físico e psicológico (Hockenberry & Barrera, 2014).

Portanto, tem-se como objetivo primordial não causar dano, através da adoção de estratégias que visem prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Barrera, 2014). Atendendo ao supracitado, as filosofias em que assentam os CCF, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos, não podem ser descoradas em toda e qualquer interação de prestação de cuidados com a criança e sua família, evidenciando-se a humanização dos cuidados.

1.2 Influência recíproca da experiência emocional e transmissão de informação na criança e família em período pós-operatório

As emoções são adaptativas pois preparam, predispoem e orientam comportamentos para experiências positivas ou negativas (Fonseca, 2016). Todos os pensamentos têm inerentes as emoções, percebendo-se as mesmas como um conjunto de respostas observáveis que se refletem em cada ação, sendo imprescindíveis na nossa tomada de decisão (Damásio, 2003).

A experiência de hospitalização constitui-se numa fonte de *stress* e ansiedade para a maioria das crianças (Barros, 1998), o que requer a mobilização de

competências para lidar com a situação de crise (Jorge, 2004). Os principais *stressores* associados à hospitalização estão relacionados com a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor, assim as crianças e as suas famílias requerem cuidado competente e sensível para minimizar os potenciais efeitos negativos da hospitalização, promovendo benefícios à experiência (Sanders, 2014).

Em todas as situações de prestação de cuidados estão presentes sentimentos e emoções, sendo imprescindível ao enfermeiro a sua compreensão, pois estes constituem-se numa “fonte incomensurável de saberes” (Collière, 2003, p.158). Deve considerar-se que as emoções influenciam as reações dos clientes e a sua motivação para a cura, é importante que o enfermeiro ao prestar cuidados se empenhe em compreendê-las, percebendo quando surgem e quais as suas consequências, considerando que as componentes verbais e não verbais permitem a sua descodificação (Phaneuf, 2005). Apoiando estes aspetos, Watson (2012) afirma que o enfermeiro deve detetar sentimentos e a condição íntima do Outro. Deste modo, o enfermeiro deverá ter como foco as necessidades emocionais da criança e da família, percebendo que requerem suporte, aconselhamento, troca de ideias e opiniões, ensino e técnicas que aumentem a expressão de sentimentos, para fazer frente ao *stress* (Hockenberry & Barrerra, 2014).

Goleman (2012), refere-se às competências emocionais como o envolvimento e perícia no âmbito do sentimento, paralelamente aos fatores cognitivos em ação, constituindo-se as capacidades emocionais como elemento fundamental na comunicação eficaz. A capacidade de pensarmos sobre as emoções, percebê-las e compreendê-las, implica o desenvolvimento de processos de regulação emocional que ajudam a prevenir efeitos negativos do *stress* (Almeida & Veiga Branco, 2012). A inteligência emocional é definida “como a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2012, p. 323). Outro conceito importante de explorar é o de empatia, “a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo” (Phaneuf, 2005, p.347), ou também descrita como a capacidade de colocar-se no lugar do outro (Hockenberry & Barrera, 2014).

Os enfermeiros lidam com muitas emoções perturbadoras relacionadas com o sofrimento, sendo essencial que as utilizem conscientemente para melhorar a qualidade dos cuidados, realizando um trabalho de dimensão emocional, centrando-se não só em si, como no cliente (Smith, 2012).

Atestando a relação entre a gestão recíproca das emoções e da informação, Joyce e Barros (2005) expõem que, quando os enfermeiros provêm informação aos clientes estão a fornecer-lhes recursos que possibilitam uma avaliação adaptada, atenuando assim a sua emocionalidade. Para Ercan (2003), quando não se fornecem as informações suficientes, não é proporcionado controlo sobre a situação ao cliente, podendo este ficar sobrecarregado emocionalmente. A par disto, Barros (2003) atesta que a perturbação emocional que acompanha a hospitalização conduz a enviesamentos no modo como a informação é compreendida e assimilada, tanto pelas crianças como pela família. Corroborando Jorge (2004) citando Reis e Santos, afirma que o *stress* origina diminuição na capacidade de receber e compreender informação necessária, nesse sentido toda a intervenção que o diminuí, beneficia a criança e a família. Devem gerir-se as emoções, de forma ao cliente e à família perceberem a informação que está a ser transmitida, como referem Lima, Santos, Silva e Lahm (2013), o estado emocional da família é um dos obstáculos para o não entendimento das informações recebidas. Steinunn e Kvinne-Barneklínken (2011) aludem que, os pais durante a hospitalização também necessitam de apoio emocional e informações.

A gestão emocional permite regular a emocionalidade intensa, atenuando os picos de emocionalidade negativa, facilitando o autocontrolo e o bem-estar do cliente e da família, neste sentido a preparação para os procedimentos, o fornecimento de explicações/informações, o reforço positivo e o favorecimento da expressão dos sentimentos, são estratégias que visam esta gestão emocional (Diogo, 2015). Por forma, a poder atenuar os sentimentos mais perturbadores, as crianças beneficiam de preparação e suporte, nomeadamente explicações acerca da necessidade dos procedimentos, quais as pessoas que estão envolvidas e qual a forma delas mesmas ajudarem no procedimento, esta informação constitui-se como fundamental na promoção do sentimento de controlo perante a situação (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Destaca-se a reciprocidade da gestão das emoções e da informação como essencial.

Assim, quando o cliente e a família estão perante uma situação geradora de emocionalidade intensa, pode ser transmitida informação para os apropriar do sentimento de controlo, gerindo as suas emoções; tal como a transmissão de informação os pode preparar para situações geradoras de emocionalidade intensa.

Referindo-se ao fornecimento de informação, Collière (2003) refere que não se constitui como um saber, mas participa na constituição de saberes quando integrada na experiência. Para Sarajärvi et al. (2006) tanto o apoio informacional quanto o apoio

emocional, devem ser oferecidos às famílias de forma individualizada e nunca padronizada. Relacionando-o com o período pós-operatório, Majasaari et al. (2005) afirmam que as informações podem ser usadas como facilitadoras na preparação do cliente e da família, apoiando a dimensão física pós-operatória, mas também a psicológica. Broering e Crepaldi (2011) nos seus estudos, asseguram que quando as pessoas detêm informação acerca de situações ou práticas aversivas promotoras de ansiedade, experimentam um maior sentido de controle cognitivo, ficam com a perturbação emocional num nível mais baixo, para além de terem o nível de *stress* reduzido. Fundamentando a problemática, Ercan (2003) afirma que a cirurgia pode ser considerada como um grande fator de *stress* para qualquer cliente, sendo que a perturbação emocional que este sofre, pode influenciar negativamente a forma como vivencia a experiência, bem como se desenvolve o período pós-operatório, assim devem ser empregues estratégias que permitam a sua adaptação e controlo.

A cirurgia pode conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo, e social que podem persistir para além do período pós-operatório (Pereira et al., 2010). A intervenção de enfermagem deve ser dirigida às necessidades da criança e família, transformando a situação de crise associada à cirurgia da criança, num potencial de crescimento pela oportunidade que a família tem de se desenvolver, cognitiva e emocionalmente (OE, 2011). Deste modo pelo que já foi enunciado, torna-se importante que o enfermeiro na sua intervenção junto da criança e família, considere estes aspetos e adote estratégias que permitam a gestão recíproca das emoções e da informação, proporcionando que a sua emocionalidade negativa seja atenuada, e que a assimilação da informação seja efetiva.

1.3 Intervenção de enfermagem e estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação em período pós-operatório

Desde a admissão da criança e da sua família, até ao momento da sua alta, devem ser adotadas estratégias que visem a gestão recíproca das emoções e da informação, o subcapítulo que se segue tem por objetivo expor a evidência acerca desta problemática.

O cuidar transpessoal enunciado por Watson não menciona apenas a libertação de emoções, como também promove a congruência entre a perceção e a experiência da pessoa (Watson, 2012). O enfermeiro deve ter como foco a gestão das emoções perturbadoras vivenciadas pela criança e pela família, mobilizando ações que

envolvam parceria, comunicação, informação e expressão de sentimentos, envolvendo o cliente de forma holística, tendo como estratégia o apoio emocional (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2014). Deste modo, o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica propícia à recuperação e promoção da saúde através de intervenções de exteriorização de emoções (como dor, medo e emoções associadas ao *stress*), pois sem envolvimento no cuidar, os cuidados de enfermagem não terão poder (Benner, 2001).

Como já foi supracitado, a experiência cirúrgica pode ser traumática para o cliente e família, a interrupção de rotinas e o despoletar de medos e ansiedades, requer que o enfermeiro adote estratégias que permitam às família estar ativas e capacitadas, de forma a que dominem a experiência e diminuam o *stress*, capacitando-os através do fornecimento de informações (Wyles, Rode & Lim-Sulit, 2006). A transmissão de informação implica a avaliação do estado emocional, compreensão, cultura e vontade de a receber, torna-se relevante ter em atenção que a ansiedade das crianças e da família diminui a percepção podendo conduzir a más interpretações, devendo o seu nível de compreensão ser avaliado frequentemente (Jorge, 2004). Tendo estes aspetos em consideração, e percebendo o cuidar em Enfermagem como uma prática complexa, que envolve o lidar com o outro, perceber as suas crenças e emoções, é necessário reconhecer o contributo da comunicação efetiva (Ferreira, 2006).

Durante a infância as crianças não utilizam palavras e comunicam as suas necessidades através de comportamentos e vocalizações não-verbais, sendo o abraço ou outras formas meigas de contato físico uma boa forma de as acalmar. As crianças em idade pré-escolar são egocêntricas devendo centralizar-se a comunicação nelas próprias, permitindo que toque nos instrumentos com os quais irá contatar. Em idade escolar, as crianças acreditam não tanto no que veem, mas no que sabem sendo fundamental as justificações e explicações de tudo, para além disso são preocupadas com o seu corpo e com as ameaças externas, sendo que as intervenções passam por dar voz às suas preocupações, uma vez que podem reagir exageradamente a uma perda ou ameaça. No que concerne à adolescência as questões ligadas à confidencialidade são essenciais, tais como encorajar a expressão de emoções e sentimentos, dando atenção exclusiva e evitando julgamentos ou críticas (Hockenberry, 2014). A comunicação é um instrumento básico no cuidado em enfermagem que permite perceber quais as necessidades do cliente (Pontes, Leitão & Ramos, 2007). No caso das crianças, o enfermeiro deve adotar estratégias

relacionadas com o desenvolvimento de processos de pensamento, devendo utilizar o brincar como instrumento, pois o brincar constitui-se como a linguagem universal da criança (Hockenberry, 2014).

Outro dos aspetos que é necessário ter sempre em consideração, principalmente no período pós-operatório é a experiência de dor. Na criança, a dor expressasse de diferentes modos, frequentemente associado à experiência de dor estão o medo e a ansiedade, fatores que por si só dificultam a sua avaliação, como a tomada de decisão acerca das intervenções a adotar, assim é fundamental que os enfermeiros em parceria com a família saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança por forma a intervir corretamente (OE, 2013). Atendendo ao exposto, o período pós-operatório pode ser vivenciado de uma forma mais positiva pela criança e família, se os profissionais estiverem sensibilizados para a avaliação e alívio da dor e conhecerem as estratégias adequadas para o fazer (Silva, Tacla & Rossetto, 2010). Destaca-se que compete aos enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas no alívio e controlo da dor (OE, 2013).

O enfermeiro para chegar à relação transpessoal do cuidar terá de ter a competência de detetar sentimentos, podendo fazê-lo através de ações, palavras, comportamentos, cognição, linguagem corporal, sentimentos, pensamentos, sensação e intuição, pois as emoções permitem o acesso à sua alma (Watson, 2012). Cuidar com afetividade, sensibilidade, partilha, emotividade e abertura às emoções permitindo a expressão emocional, promove o bem-estar da pessoa cuidada (Diogo, 2006), é essencial que na sua intervenção, o enfermeiro adote ações e estratégias que promovam o bem-estar da criança e da sua família; “o bem-estar existe quando as partes do sistema do cliente interagem em harmonia” (Freese, 2004, p.338).

Nos seus achados, Diogo (2015) refere-se à gestão emocional de antecipação e à gestão emocional das emoções reativas. Na gestão emocional de antecipação são destacadas ações como, a postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para procedimentos, dar reforço positivo, distração e fornecer explicações/informações. No que concerne à gestão emocional das emoções reativas, são enunciadas ações como, envolver a família nos cuidados, colocar-se ao lado, fazer pausas, fomentar a esperança, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção e explicar e esclarecer dúvidas (Diogo, 2015). Assim, é incontestável a pertinência da gestão recíproca das emoções e da informação.

Fornecer informações e esclarecer dúvidas é uma das estratégias bastante utilizadas pelos enfermeiros como forma de cuidar antecipadamente e reactivamente a ansiedade, pois ao estabelecer uma relação de proximidade e confiança é possível prevenir picos emocionais intensos, proporcionando tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2015). Para cuidar o enfermeiro deverá adotar uma atitude de esperança, estando presente, centrando-se no cliente, partilhando sentimentos, informando, explicando e antecipando (Bastos, 2009 citando Swanson). O modelo de sistemas de Neuman, afirma que a enfermeira é interveniente ativa nos cuidados ao cliente, e está relacionada com todas as variáveis que interferem com a sua resposta aos *stressores* (Freese, 2004).

Reforçando-se a relação entre as emoções e a informação, Damásio (2003) atesta que existe algo muito característico na forma como as emoções estão ligadas às ideias, aos valores, aos princípios e aos juízos complexos, acautelando para que um estado de grande perturbação emocional pode conduzir a decisões irracionais. Fonseca (2016) declara que, as emoções guiam e suportam as funções ligadas à atenção, e estas guiam as funções cognitivas, captam a atenção e ajudam a memória tornando-as mais relevantes e claras. As emoções modificam funções intelectuais, nomeadamente a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração e a consciência crítica (Martins & Melo, 2008, citando Vaz Serra), as emoções constituem assim, um modo eficiente de comunicação (Goleman, 2012).

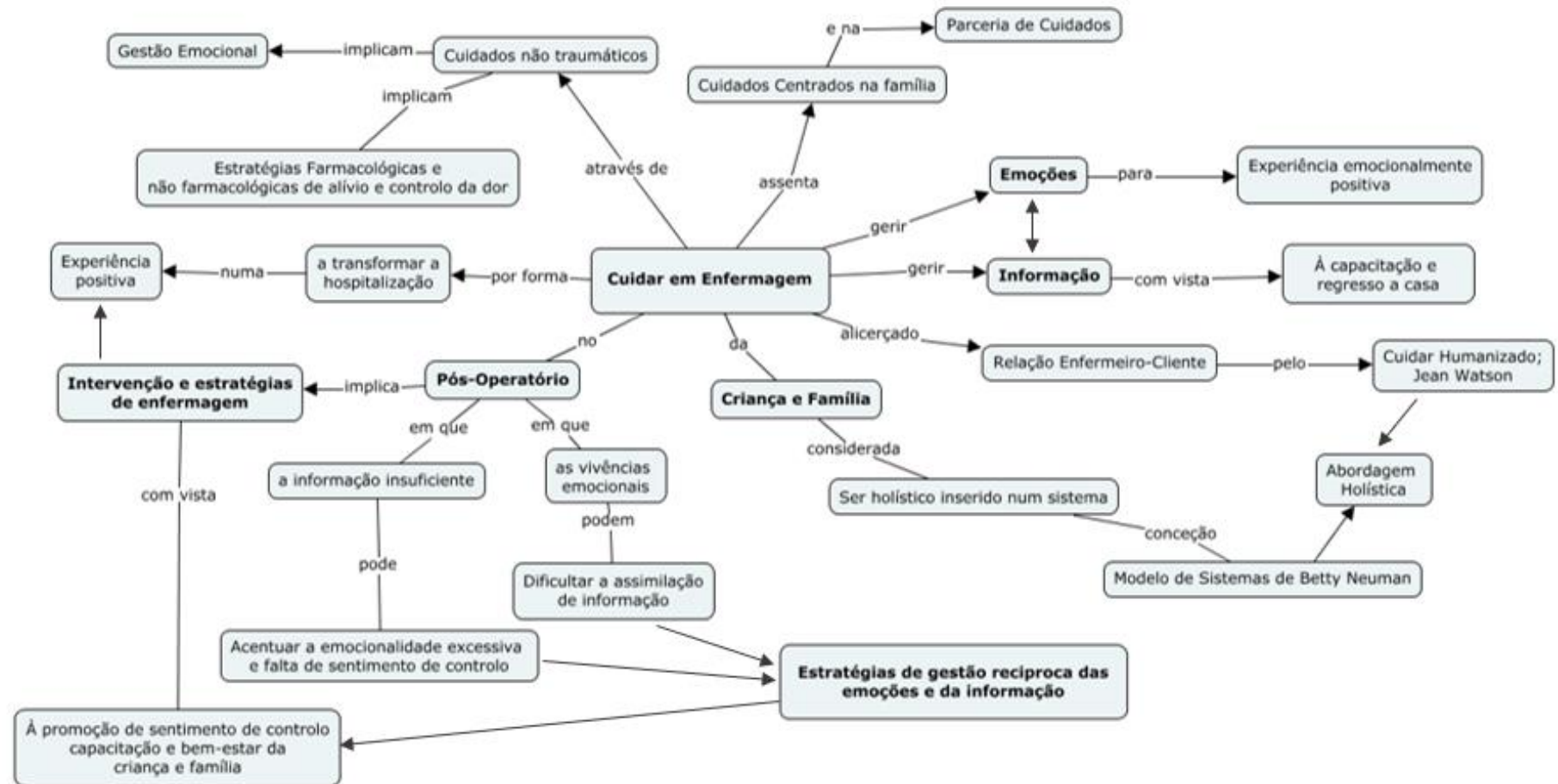
Estabelecendo a relação recíproca entre a gestão das emoções e da informação, Ercan (2003) afirma que se o cliente não estiver na posse da informação suficiente pode ficar sobrecarregado emocionalmente. Para Masajaari et al. (2005) aquando o fornecimento de informação, deve ser dada relevância ao estado emocional e habilidade cognitiva da criança. Assim, os clientes que detêm informação acerca das situações potencialmente ansiogênicas experimentam um maior sentido de controle cognitivo e reduzem os níveis de ansiedade (Broering & Crepaldi, 2008). A gestão dos sentimentos faz a “simbiose perfeita” com a gestão da informação, tendo a última uma relação próxima com a gestão do bem-estar, mas para que esta informação cumpra o papel de organizadora necessita de ser contextualizada, repetida e garantida, facilitando a diminuição da angústia, ansiedade e medo (Lopes, 2006). Doran (2011) citando os achados de Lin e Wang, afirma que existe redução da ansiedade quando a educação é antecipadamente combinada com a gestão de sentimentos e emoções. Barros (2003) subsidia a problemática, referindo que deve ser promovida segurança e conforto à criança, através da distração e da explicação dos procedimentos de forma

acessível e positiva, esta não irá experimentar medo baseado na interpretação errada, ou discursos que aumentem a sua ansiedade. A mesma autora refere ainda que, quando se trata de um período pós-cirúrgico, é importante envolver a criança em atividades de distração, antes de iniciar um procedimento doloroso, ou antes da dor atingir um nível elevado.

Associada ao objeto de estudo e ao período pós-operatório, salienta-se ainda a intervenção de enfermagem na preparação para o regresso a casa, mencionando-se a OE (2011) quando afirma que o planeamento da alta é um processo complexo que se deve desenrolar ao longo do internamento, no qual o enfermeiro deve assumir a oportunidade e o dever de facilitar o regresso a casa da criança e da sua família, contribuindo assim para a capacitação e satisfação dos mesmos.

Assim, atendendo ao supracitado a abordagem desta problemática é bastante relevante na criança submetida a cirurgia e sua família, nomeadamente no período pós-operatório, promovendo uma experiência positiva de hospitalização, a aquisição de sentimento de controle sobre a situação, e consequente promoção de bem-estar e capacitação no regresso a casa.

1.4 Mapa Conceptual



2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

A intervenção cirúrgica e a situação de hospitalização podem potencializar a ansiedade e exacerbar medos e ideias pré-concebidas. Neste sentido, a intervenção de enfermagem coloca o seu foco na expressão e verbalização de sentimentos e no fornecimento de informação, ensinamentos e validação de conhecimentos acerca da experiência, por forma a promover a recuperação saudável da criança (OE, 2011). Assim, entende-se que a hospitalização programada ou não, pode gerar instabilidade e desequilíbrio na família, potenciando a vivência de crise (Jorge, 2004).

Trabalhando num serviço de internamento cirúrgico de pediatria, onde se realiza a preparação pré-operatória das crianças que irão ser submetidas a intervenção cirúrgica programada, através de uma consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia, entendo também a necessidade de se direcionar a intervenção de enfermagem para o período pós-operatório, não só nestas crianças que têm preparação no período pré-operatório, como nas crianças submetidas a cirurgia de urgência, sem possibilidade de preparação prévia. Focalizando-me no meu desenvolvimento e autonomia, direcionei a escolha da problemática de enfermagem, refletindo nas minhas experiências e vivências profissionais relacionadas com as crianças que são submetidas a cirurgia e suas famílias, compreendendo que no período pós-operatório as vivências emocionais são intensas, e a criança e família podem experienciar uma emocionalidade negativa e excessiva. Esta gestão das emoções está interligada com a gestão de informação, pois quando a última se torna insuficiente acentua a falta de sentimento de controlo e a emocionalidade negativa, tal como estas experiências emocionais dificultam a assimilação da informação. Efetivamente, a evidência científica revela que as experiências emocionais da criança e sua família podem dificultar a assimilação de informação no período pós-operatório, com vista ao regresso a casa; a informação insuficiente acentua a emocionalidade e a falta de sentimento de controlo sobre a situação no regresso a casa (uma influência recíproca). O objeto de estudo, diz respeito à gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem. Acerca da intervenção de enfermagem, importa referir que Bastos et al. (2010), definem-na como agregadora de funções de educação, apoio e reparação, identificando características das quais se destacam humor, música, toque terapêutico, gestão de informações e gestão de emoções.

Segundo o IAC (2008), a criança e família devem ser cuidados por profissionais de saúde que devem estar habilitados a dar resposta às suas necessidades psicológicas e emocionais, sendo acrescentando ainda que a criança e família têm o direito a ser informadas, por forma a estar aptas a participar em todas as decisões referentes aos seus cuidados de saúde.

A problemática exposta é sustentada e fundamentada com evidência científica. Watson (2012) refere que o cuidar requer ações que permitam aos outros resolver os seus problemas, sendo que na relação enfermeiro-cliente (Freese, 2004) estão omnipresentes emoções e sentimentos (Diogo, 2006, 2015, 2017a), que devem ser percebidos como fontes incomensuráveis de saberes (Collière, 2003) e que permitem aos enfermeiros avaliar o estado emocional dos clientes, por forma a conseguirem identificar as suas necessidades, e consequentemente, desenvolverem os cuidados (Diogo, 2015, 2017a). Dado que numa situação de hospitalização as crianças e famílias podem confrontar-se com emoções negativas, é necessário utilizá-las conscientemente para melhorar os cuidados prestados (Diogo, 2017a). Desta forma, entendendo a que este cuidado se centra num processo relacional que implica a compreensão da experiência humana das emoções e constitui um espaço de expressão e partilha emocional, a gestão deste fluxo de emoções é intrínseca ao cuidar (Diogo, 2017b). Sabendo que o que sentimos, influencia aquilo que pensamos, e que as reações emocionais e a compreensão cognitivas estão relacionadas (Diogo, 2006), torna-se prioritária esta gestão das emoções e da informação (Lopes, 2006).

Indo ao encontro destes aspetos, Ercan (2003) defende que se o cliente não tem informação suficiente para perceber o que se está a passar, pode ficar sobrecarregado emocionalmente, e emoções como medo, ansiedade e raiva podem tornar o cliente incapaz de colaborar nos procedimentos, pois a previsibilidade aumenta a capacidade para lidar com os *stressores*. Consolidando a problemática, para Lopes (2006, p.207) “tanto se pode explicar para gerir os sentimentos, como se pode gerir os sentimentos para que a pessoa perceba. Em qualquer dos casos, a finalidade parece ser, aprender a viver com a situação para alcançar algum bem-estar”. Também Barros (2003) defende que quando se fornece informação acerca de situações *stressantes* é facilitado o confronto com as mesmas, devido à formação de esquemas cognitivos que permitem aumentar o grau de previsibilidade, sendo que também é importante ter em conta, que a perturbação emocional que acompanha a comunicação de aspetos relacionados com o diagnóstico e tratamento, conduz a grandes enviesamentos no modo como a informação é compreendida e assimilada, tanto pelas crianças como

pela sua família. Desta forma, subsidiada pela evidência científica, destaca-se a pertinência e relevância desta problemática de Enfermagem.

3. METODOLOGIA

Após identificação e justificação da problemática, atendendo à necessidade da concretização dos objetivos aos quais me propus, realizei atividades que em muito me proporcionaram a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. O EEESIP distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e ou relacionais, que lhe permitem cuidar da criança saudável ou em situação de doença (DR, 2015), com conhecimentos incluídos na perícia, e na tomada de decisões complexas como é o caso dos cuidados de enfermagem, contribuindo para o progresso da prática da disciplina (Benner, 2001). Assim, neste percurso construtivo, tenho em conta que a arte de Enfermagem implica partilhar, discutir e criticar a prática, não só para que se torne acessível a outros, mas também para nos enriquecer (Hesbeen, 2000), uma vez que as competências do enfermeiro vão para além do cuidar (Bastos, 2009).

A aprendizagem não se efetua apenas na vertente cognitiva, pois é decisivo que considerando os sentimentos, as emoções e as intuições, se proceda à reflexão consciente sobre as experiências, a fim de as transformar em aprendizagens (Pimentel, 2007 citando Alarcão). A prática reflexiva, constitui-se num importante meio de capacitação dos enfermeiros para a aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e práticas. Assim, a reflexão sobre as práticas tem como objetivo aumentar a confiança do profissional no seu desempenho, melhorar a aptidão para a prática, abordar a Enfermagem de modo crítico, intencional e sistemático, e obter conhecimentos práticos (Santos & Fernandes, 2004). Segundo Alarcão e Rua (2005), na competência profissional o enfermeiro engloba três tipos de competência, a competência técnica, cognitiva e a comunicacional.

Deste modo, pretendo através das atividades desenvolvidas espelhar a aquisição de competências especializadas, mencionando Benner (2001, p. 33) “a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de bases concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis”. Este desenvolvimento detém-se ainda, no envolvimento da pessoa numa dada situação, e da aprendizagem rápida do problema, sendo realizadas comparações com situações similares já vivenciadas (Benner, 2001). Posto isto, considera-se fulcral o pensamento crítico e a reflexão, sendo a última intencional e direcionada a objetivos (Hockenberry & Barrera, 2014), por forma a que a pessoa que faz a reflexão desenvolva um processo de análise

consciente e dinâmico para atingir uma nova compreensão e apreciação na sua prática (Santos & Fernandes, 2004). A reflexão é um processo de aprendizagem através do qual os indivíduos se envolvem em atividades intelectuais e afetivas para explorar as experiências (Warner, 2006). Para proceder a esta reflexão estruturada, benefício da utilização do ciclo reflexivo de Gibbs, que é constituído por seis etapas que vão orientar o processo reflexivo, explorando o que aconteceu, quais os sentimentos que foram despoletados, o que foi bom e menos bom nessa experiência, o que posso fazer da situação, o que poderia ter feito e o que fazer caso se repita (Jasper, 2003).

Na ótica de Serrano, Costa e Costa (2011) o desenvolvimento de competências do enfermeiro, envolve determinantes como os saberes, os atores e o contexto. Assim, a pensar no contexto, realizei conscientemente a escolha dos contextos de estágio (Apêndice I). Foram cinco os contextos de prestação de cuidados nos quais se desenvolveu o percurso formativo, de entre os quais, serviço de urgência pediátrica, centro de reabilitação de paralisia cerebral, cuidados de saúde primários, serviço de neonatologia e serviço de internamento cirúrgico pediátrico. Segundo Lopes (2001, p.68) citando Benner e Wrubel, “a prática é uma fonte constante de novos dados e de novos saberes que enriquecem de modo progressivo qualquer teoria”.

A escolha dos contextos de estágio, foram definidos tendo em conta os objetivos aos quais me propus. A seleção da urgência pediátrica de um hospital central deveu-se, não só, às suas características específicas e de formação, mas também ao facto de possuírem projetos em desenvolvimento que me proporcionaram um vasto leque de conhecimentos, nomeadamente no que concerne à gestão da dor. A escolha do centro de reabilitação de paralisia cerebral, permitiu-me desenvolver conhecimentos numa área em que possuo pouca experiência, percebendo-se a sua pertinência para a minha aquisição de competências especializadas. No que concerne aos cuidados de saúde primários, as atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2013, no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015 e Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2017, foram fulcrais neste percurso de aprendizagens. O serviço de neonatologia, também de um hospital central, foi escolhido não só perspetivando que seria um contexto que devido à sua complexidade me iria proporcionar experiências bastante ricas, tal como, o facto de apresentar em vigor um projeto de preparação da alta, constituindo-se esse num dos aspetos que tive em conta aquando a sua seleção. O último contexto de estágio, foi

considerado como o local de eleição para realizar as atividades direcionadas à problemática em estudo, ambicionando posteriormente o desenvolvimento e implementação das atividades realizadas, e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados.

No capítulo seguinte, é realizada a abordagem de cada um deles individualmente por forma a demonstrar os contributos e conhecimentos que me proporcionaram na aquisição de competências especializadas. Pretendo também espelhar, na descrição deste percurso, a sustentação e articulação com as conceções teóricas dominantes e orientadoras, as quais apresentam como característica comum a abordagem holística e humanização dos cuidados à criança e sua família. Destaco a metodologia reflexiva com utilização do ciclo reflexivo de Gibbs e a experiência formativa nestes contextos, como fundamentais neste percurso de desenvolvimento.

4. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE ESTÁGIO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O capítulo que se segue pretende refletir um percurso que decorreu ao longo de dezoito semanas, nas quais foram desenvolvidas atividades que responderam aos objetivos definidos. Neste sentido, seguidamente, é efetivada a descrição dessas atividades e experiências vivenciadas, e elaborada a sua análise fundamentada, crítica e reflexiva acerca deste percurso. No guia orientador de atividades de estágio (Apêndice II), encontram-se descritos os objetivos específicos, atividades desenvolvidas e a caracterização de cada um dos locais, tendo em conta a problemática.

Importa referir que os subcapítulos que se seguem estão descritos cronologicamente, refletindo a complexidade crescente das atividades realizadas, o efeito cumulativo da experiência e saberes, e a consequente aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com o regulamento n.º 140/2019, e as competências específicas de EEESIP preconizadas no regulamento n.º 422/2018. Ao longo deste percurso fui orientada com o crucial contributo de EEESIP, os quais se constituíram numa mais-valia.

4.1 Serviço de urgência pediátrica

A experiência de prestação de cuidados no serviço de urgência pediátrica teve início a 24 de setembro e terminou a 20 de outubro de 2018, com duração de 4 semanas. Este primeiro contexto de estágio desenvolveu-se num hospital público e central, altamente diferenciado, que para além da prestação de cuidados direta aos clientes, suporta vertentes de formação, desenvolvimento científico e investigação (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, 2018).

O serviço de urgência pediátrica presta cuidados a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias. Uma das experiências mais traumáticas para as crianças é a hospitalização de urgência, sendo que cada vez mais os serviços de urgência de pediatria adotam estratégias de humanização adaptadas às necessidades das crianças e família. É necessário ter em consideração que o medo é frequente na experiência da criança, considerando-se essencial a sua gestão e consequente promoção de mecanismos de *coping* (Diogo et al., 2016).

Por forma a “**conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço**”, respeitante ao primeiro objetivo específico deste contexto, destaco a **reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora**, na qual apresentei o guia orientador de atividades de estágio (Apêndice II) e, conseqüentemente a problemática em estudo. Desta reunião obtive contributos que me permitiram enriquecer o plano, com atividades adequadas ao contexto onde me encontrava, constituindo-se estruturante e fundamental para a minha orientação e produtividade ao longo de todo o estágio. Além da estrutura física, fui-me apropriando da dinâmica organizacional e funcional do serviço, através da **observação e participação nas intervenções de enfermagem**. A equipa de enfermagem distribui os seus cuidados pela sala de observação (SO), sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia, sala de triagem e sala de reanimação. Todos estes espaços, apresentam as paredes pintadas com cores coloridas e desenhos, com destaque para a sala de pequena cirurgia em que quando a criança se encontra deitada na marquesa e olha para cima, as pinturas existentes permitem que seja formulada uma história. Para além do ambiente envolvente, os próprios profissionais têm o “cuidado” de utilizar fardas coloridas, por forma a criar um **ambiente acolhedor** e ir ao encontro do imaginário da criança. A este respeito Neuman e Fawcett (2011), afirmam que o cliente tem uma relação recíproca com o ambiente, sendo que o EEESIP deve focalizar-se na interdependência da criança, a família e o ambiente tendo em conta os fatores protetores e *stressores* associados às vivências (DR, 2015). As emoções perturbadoras podem estar associadas a um ambiente estranho, frio e assustador, sendo que os enfermeiros procuram atenuar as perceções através de um ambiente afetuoso, com sensibilidade, fazendo uso de fardas coloridas e ornamentadas com bonecos em sintonia com o ambiente pediátrico (Diogo, 2015).

As intervenções de enfermagem desenvolvidas na sala de triagem, proporcionaram-me experiências bastante ricas, pois percebi que na maioria das situações o primeiro contato entre a criança e sua família, com o enfermeiro desenvolve-se na triagem. Compreendi também, que este é um momento em que a criança e/ou a família se encontram bastante ansiosas, com muitas dúvidas quer pela situação de doença, quer pelo circuito hospitalar que devem seguir, ou ainda pelos tempos de espera pelos quais irão passar. Nestas circunstâncias é fulcral a intervenção de enfermagem, não apenas no efetivo processo de triagem à criança, como também no estabelecimento de uma **relação terapêutica**, mostrando **disponibilidade** e esclarecendo as suas dúvidas. Corroborando Diogo et al. (2016),

a triagem é o momento onde se inicia o contacto acolhedor, em que o enfermeiro transmite confiança e responde às dúvidas e preocupações dos pais. A triagem segundo Andrade, Carvalho, Fernandes e Casanova (2008), tem como finalidade a concentração dos limitados recursos humanos e materiais. O sistema de triagem utilizado neste serviço de urgência é a triagem de *Manchester*. A observação e colaboração na prestação de cuidados da criança e família no serviço de urgência, especialmente na triagem, permitiu-me desenvolver a unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (DR, 2018, p.19193).

Por forma a dar resposta ao objetivo já enunciado para este local de estágio, tal como para os seguintes, tendo por base a **pesquisa de evidência científica** relacionada com a problemática, iniciei a elaboração de um documento que incluiu **tópicos de orientação para a observação das práticas** (Apêndice III), o qual se constituiu num valioso instrumento orientador da minha observação, no decorrer das intervenções de enfermagem em cada contexto de cuidados. Deste modo, direcionei a minha observação, por forma a estar desperta para aspetos relevantes e posteriormente, elaborar uma análise e reflexão dos dados. Estes tópicos constituíram-se numa mais-valia no decorrer de todos os estágios, pois observando a prestação de cuidados em todos os contextos, estruturei a observação dando relevância a estratégias e ações importantes, acerca das quais refleti individualmente e com a enfermeira orientadora, sendo-me proporcionado o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências.

De modo a dar resposta a este primeiro objetivo específico definido para o serviço de urgência pediátrica, participei com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados à criança e família na sala de reanimação, onde compreendi, a importância da intervenção de enfermagem não só nas **situações complexas e urgentes** relacionadas com a saúde da criança, mas também no fornecimento de informação e gestão das emoções da família, pois quando as crianças vivenciam uma situação de emergência a família experimenta uma **emocionalidade intensa e perturbadora**, e como percecionei o enfermeiro adota estratégias que permitem gerir as emoções da família, estratégias como o **fornecimento de informação**. Tal como refere Diogo (2015), o enfermeiro intervém diretamente na experiência emocional através da gestão das emoções dos clientes, modificando os estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade, utilizando na interação o fornecimento de informações e esclarecendo dúvidas.

Outra atividade que contribuiu para a concretização do primeiro objetivo foi a realização de uma **entrevista a perito** (Apêndice VI), acerca da implementação do projeto ISBAR (identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações). A Direção Geral de Saúde (DGS) (2017, p. 5) afirma que a “comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer”. Esta entrevista permitiu-me perceber a dinâmica de serviço, compreender como foi implementado o projeto, a sua importância neste contexto, e também aprofundar conhecimentos no que respeita à comunicação eficaz na transição de cuidados. Posteriormente à realização da entrevista, foi também elaborada uma análise reflexiva da mesma. A elaboração desta atividade contribuiu para a aquisição das unidades de competências “A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente e “B3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (DR, 2019, p.4747-4748)

Para a concretização do próximo objetivo específico **“cuidar da criança e família, tendo em conta processos de hospitalização, cirurgia e procedimentos dolorosos com enfoque nos cuidados não traumáticos e gestão das emoções”**, adequiei as atividades, ao contexto de prestação de cuidados. Indo ao encontro disto, focalizei as intervenções de enfermagem realizadas na sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia e SO, onde são realizados procedimentos dolorosos, nomeadamente administração de medicação por via endovenosa ou intramuscular, realização de pensos a queimaduras, suturas ou até redução de fraturas e colocação de imobilização gessada sob sedo analgesia. Na SO, permanecem durante algumas horas crianças com necessidade intervenção cirúrgica, e crianças que depois da cirurgia aguardam vaga num serviço de internamento cirúrgico. Estas experiências constituíram-se como uma mais-valia neste percurso de estágio, pois para além da resposta a este objetivo específico, tive oportunidade de desenvolver competências relacionadas com a problemática em estudo. Refletindo em conjunto com a enfermeira orientadora, acerca das vivências relacionadas com estas crianças e suas famílias, e tendo em conta as características do serviço, surgiu a possibilidade de elaborar um **Kit Sem Dor** (Apêndice IV). O mesmo está direcionado às crianças que são submetidas a procedimentos dolorosos e/ou cirurgia. Este para além de ser uma necessidade do serviço, integrou e constituiu uma mais-valia no meu projeto individual. Esta atividade enquadra-se no meu percurso, pois compreendo que a experiência de dor nas crianças está muitas vezes relacionada com o medo e a ansiedade, aspetos que

dificultam não só a sua avaliação, mas também a tomada de decisão na intervenção a adotar. Faz parte do foco do enfermeiro especialista a **gestão diferenciada da dor** e do bem-estar da criança, e a aplicação de conhecimentos e habilidades sobre medidas não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2013). Assim, para a preparação do *kit* baseei-me no “Kit sem dói-dói” descrito no Guia Orientador de Boa Prática da OE - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança 2013, adaptando-o. Toda a equipa já detinha conhecimentos para a sua utilização, tendo sido ao longo dos turnos dado a saber da sua existência. Além dos materiais que constituíram o *kit*, foi deixada uma indicação da constituição do mesmo para que os materiais em falta pudessem ser repostos, foi inserida informação das estratégias a utilizar consoante a idade e estágio de desenvolvimento da criança, tal como foi também elaborado um **diploma de bom comportamento** (Apêndice V) que integrou a constituição do *kit*. Não tive oportunidade de aplicar o “Kit Sem Dor” em nenhuma criança submetida a sedo analgesia, porém, detive a oportunidade de utilizar uma primeira vez o *kit* numa criança de 5 anos que havia sido submetida a cirurgia de urgência, para fixação de uma fratura do membro superior e colocação de imobilização gessada, tendo permanecido algumas horas em SO. Com a ajuda deste *kit* expliquei numa linguagem simples e com recurso à utilização do seu material o procedimento ao qual tinha sido submetida, e no final da interação ofereci o diploma de bom comportamento. A criança que inicialmente apresentava choro e agitação, após esta intervenção ficou mais tranquila e recetiva aos cuidados. A realização desta atividade, tal como a utilização de estratégias lúdicas como o brincar, ou a visualização de desenhos animados em crianças submetidas a procedimentos dolorosos, permitiram-me a concretização deste segundo objetivo específico, desenvolvendo a unidade de competência específica “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (DR, 2018, p.19193).

Almejando “**dar resposta às necessidades da criança e família em processo de hospitalização, cirurgia, e procedimentos dolorosos tendo em conta a gestão das emoções e da informação**” e deferir resposta ao terceiro objetivo específico, percebi como foi essencial ao longo do estágio procurar identificar as necessidades da criança e família no que concerne à gestão das emoções e da informação, não só percebendo a sua procura insistente de informação, manifestação de reações emocionais e/ou presença de emocionalidade negativa. Adequiei a comunicação ao estágio de desenvolvimento e idade da criança, direcionando a minha intervenção para a gestão recíproca das emoções e da informação. Neste sentido, inserido nos

Jornais de Aprendizagem (Apêndice VII), foi elaborada uma reflexão que assim o pretende demonstrar, contribuindo para o desenvolvimento da competência “D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (DR, 2019, p. 4749), e a unidade de competência específica “E3.3. Comunica com a criança, e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento a à cultura” (DR, 2018, p.19194).

4.2 Centro de reabilitação de paralisia cerebral

A prestação de cuidados num centro de reabilitação de paralisia cerebral desenvolveu-se de 21 de outubro a 4 de novembro de 2018, com duração de 2 semanas. O estágio neste contexto, decorreu na unidade de habilitação e desenvolvimento que exerce funções em regime de ambulatório, prestando cuidados a crianças dos 0 aos 18 anos, no âmbito da prevenção de complicações resultantes da incapacidade e desenvolvimento de competências neuro motoras e cognitivas que maximizem a participação, integração social e participação ativa dos clientes, familiares e cuidadores (Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral, 2018). Destaca-se a prestação de cuidados valorizando os CCF e a parceria de cuidados. Segundo a OE (2011) a caracterização e o contexto em que se circunscreve o processo de doença crónica, enfatiza a importância do envolvimento das famílias de uma forma precoce, informando-as do processo da doença e da **adaptação** à mesma.

No que concerne ao objetivo específico **“conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”**, para além de uma **reunião inicial com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora** para apresentação da problemática em estudo e do guia orientador de atividades de estágio (Apêndice II), obtive contributos importantes para a compreensão da especificidade da intervenção de enfermagem, na qual possuía apenas experiência pontual. Senti a necessidade de consultar bibliografia de referência, a qual se constituiu numa mais-valia para a aquisição de conhecimentos.

Para a concretização deste objetivo, valorizei a **observação e participação nas intervenções de enfermagem**, com ênfase na **discussão e reflexão** com a enfermeira orientadora, a qual se revelou crucial na apropriação da intervenção específica e fundamental do enfermeiro. Salienta-se, que por forma a enriquecer a minha observação continuei a construção do documento referente aos tópicos orientadores para observação das práticas (Apêndice III), o qual se constitui bastante estruturante. Para responder ao objetivo anteriormente definido, elaborei uma **análise**

fundamentada das práticas (Apêndice VIII), tendo por base a observação de uma intervenção de enfermagem e reflexão posterior com a enfermeira orientadora, desta resultaram contributos para a compreensão da transversalidade da intervenção de enfermagem, promovendo a **adaptação à doença crónica** e percebendo a importância dos **recursos da comunidade** para estas crianças e suas famílias, de entre outros aspetos. Remetendo-me à competência comum “A.1.2.3 – Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão” (DR, 2019, p. 4746), e às competências específicas “E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde” e “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (DR, 2018, p.19193-19194).

No que concerne ao segundo objetivo específico “**cuidar da criança e sua família tendo em conta as suas necessidades, com enfoque na gestão das emoções**”, destaco a colaboração nas intervenções de enfermagem na sala do núcleo de intervenção precoce integrada, a qual me permitiu em conjunto com a restante **equipa multidisciplinar**, estar em interação com as crianças e suas famílias, observando as atividades desenvolvidas, como por exemplo a leitura de histórias, massagem de relaxamento ou até a estimulação sensorial. Compreendi a importância de estar atenta aos pequenos sinais que a criança demonstra para transmitir que não está satisfeita, que está aborrecida ou mesmo desconfortável. A expressão de sentimentos pode dar-se pelo seu simples franzir de testa, ou pelo abanar da cabeça, é fundamental ter em conta que as necessidades da criança, se podem expressar das mais variadas formas. Durante as interações de prestação de cuidados compreendi também, que os enfermeiros demonstram uma enorme **empatia** pelas crianças e pela sua família, estando sempre preocupados com o seu bem-estar, questionando frequentemente não só acerca de como estão as crianças, mas também como está a própria família, destacando-se os CCF. Tal como referem Andrade, Vieira e Dupas (2011) conviver com uma criança com paralisia cerebral desafia a família a enfrentar uma situação crónica que acarreta repercussões emocionais no universo familiar, que pode prejudicar a qualidade de vida dos seus membros, devendo ser incluídos os CCF como parte integrante da prática de enfermagem, sendo imperativo a abertura e atenção ao impacto das experiências que a criança e família enfrentam. Alcancei a importância da **relação terapêutica**, na qual enfermeiro e família estabelecem entre si respeito, compromisso, abertura no diálogo, escuta, reflexão, ação, tendo em conta os CCF promovendo o *empoderamento* da família da criança com deficiência

(Barbosa, Balieiro & Pettengill, 2012). Assim, conquistei contributos para o desenvolvimento de competências específicas: E.1.1.4, E1.1.7, E1.1.9, E.2.3.1 e a E2.5.4 (DR, 2018).

Para o último objetivo específico **“desenvolver competências de comunicação com a criança e sua família, tendo em conta as suas características e estágio de desenvolvimento”**, tive o privilégio de interagir com algumas crianças e suas famílias que integravam a unidade de técnicas aumentativas e alternativas da comunicação. Esta unidade tem como objetivo implementar aspetos relacionados com a comunicação e autonomia, baseando-se em atividades pedagógicas recorrendo a tecnologias de apoio, proporcionando à criança o desenvolvimento das suas capacidades de comunicação e aprendizagem (Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral, 2018). Colaborando nas intervenções de enfermagem direcionadas neste âmbito, compreendi a importância de **adaptar a comunicação** às características da criança, pois as crianças são diferentes, e devemos interceder ativamente na identificação de estratégias para que a comunicação seja efetiva. Assim, vivenciei situações que me permitiram compreender que (ao contrário do pensamento erróneo que tinha), todas as crianças comunicam, quer seja através de palavras, gestos, tecnologia ou por um simples olhar, esta experiência fez-me refletir e, consequentemente elaborar uma reflexão acerca das aprendizagens realizadas neste âmbito, inserindo-a no documento referente aos **Jornais de Aprendizagem** (Apêndice VII). Tendo em conta estes contributos, faço menção ao desenvolvimento da competência “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.” (DR, 2018, p. 19193).

4.3 Cuidados de saúde primários

A prestação de cuidados em contexto de cuidados de saúde primários decorreu do dia 5 a 30 de novembro de 2018, num total de 4 semanas. Este contexto revelou-se bastante rico, pois apesar de no meu quotidiano já prestar cuidados às crianças e suas famílias, percebi que neste contexto as necessidades do cliente pediátrico eram “diferentes” das que eu estava habituada no meu dia-a-dia. Ou seja, maioritariamente o cliente que recorre aos cuidados de saúde primários não se encontra em situação de doença, sendo a intervenção de enfermagem diferenciada. Ao longo do decorrer do estágio, tive oportunidade de prestar cuidados no âmbito do PNSIJ 2013 e do PNV

2017. Tal como realizar observação participativa, no âmbito do PNSE 2015, serviço nacional de intervenção precoce na infância (SNIPI) e do núcleo de apoio à comissão de proteção de crianças e jovens (NACPCJ). Importa também referir, que o centro de saúde onde desenvolvi o estágio encontra-se inserido num agrupamento de centros de saúde, constituído por várias unidades funcionais. A prestação de cuidados à criança e sua família desenvolveu-se numa unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP).

Almejando sempre a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP, defini o primeiro objetivo **“conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”**. Inicialmente foi realizada uma **reunião com a enfermeira coordenadora dos centros de saúde**, a qual me direccionou até à enfermeira orientadora. Por forma a proporcionar-me o máximo de experiências possíveis, ficou definido que nos dias em que não estivesse prevista na UCSP a intervenção de enfermagem no âmbito do PNSIJ, iria observar as intervenções desenvolvidas no SNIPI, NACPCJ e PNSE, o que se constituiu numa mais-valia quer na gestão de tempo, quer no número de experiências vivenciadas.

Assim, tive oportunidade de apreender a importância do enfermeiro integrado na equipa multidisciplinar, intervindo ativamente na prestação e referenciação de situações de risco. Tal como refere a DGS (2013), de entre as funções da equipe de saúde está a identificação de necessidades especiais de cada criança, sempre atendendo aos CCF, sinalizando-as, proporcionando-lhes apoio continuado e articulação entre os vários intervenientes nos cuidados, por forma a definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades. Saliento que estas experiências, me proporcionaram o desenvolvimento da unidade de competência “E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (DR, 2018, p.19193).

Para a concretização do segundo objetivo específico **“promover o crescimento e desenvolvimento da criança”** foram pautados vários momentos de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora, focalizando situações de prestação de cuidados de acordo com o PNSIJ. Ao longo da minha intervenção, considerei que o enfermeiro deve adotar uma intervenção assertiva na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. Este, deve ter por base a utilização de um instrumento fiável, seguro e de fácil utilização por forma a avaliar e promover o desenvolvimento,

especialização de determinadas funções e aquisição progressiva de certas competências (OE, 2010). Atendendo ao referido, empreguei a escala de **avaliação de desenvolvimento** de *Mary Sheridan* modificada, preconizada pelo PNSIJ. Procedi à avaliação do crescimento da criança, tal como ao registo dos dados obtidos no boletim de saúde infantil e juvenil. Remetendo-me ao desenvolvimento da unidade de competência específica “E3.1. Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (DR, 2018, p. 19194).

No decorrer das **consultas de enfermagem de saúde infantil**, fui sempre observando o comportamento da criança, quer ao colo dos pais, quer a brincar. Tal como refere a DGS (2013), quando o profissional de saúde observa a criança pode tirar ilações importantes relativamente ao desenvolvimento da mesma, procedendo de igual forma à sua promoção através de orientações adequadas à criança e família, tal como à promoção de estilos de vida saudáveis e à **tomada de decisão** responsável em todos os estádios de desenvolvimento. Algo que valorizei no decorrer do estágio neste contexto, foram os **cuidados antecipatórios**, aproveitando todos os contatos com o cliente para os efetivar, quer durante as consultas de saúde infantil, quer numa visita para cumprimento do PNV, ou até pelo telefone quando necessário. A DGS (2013) afirma que os cuidados antecipatórios, devem ser valorizados e percebidos como fator de **promoção da saúde e prevenção de doença**, atribuindo conhecimentos que lhes permitam bom desempenho no exercício da sua parentalidade. Os cuidados antecipatórios relacionam-se em muito com a problemática em estudo, na medida em que quando se fornece informação à criança e à família, os mesmos adquirem conhecimentos que lhes permitem, estar mais bem preparados para os processos de saúde-doença, proporcionando-lhes sentimento de controlo, evitando o potencial aparecimento de emocionalidade negativa. Transporte ao desenvolvimento de competências específicas de EEESIP: E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.2.1, E1.2.7 e E1.2.8 (DR, 2018).

Ainda inserido no segundo objetivo específico mencionado, participei na **vacinação** da criança cumprindo o PNV. Tive ainda oportunidade de associar à intervenção de enfermagem aquando da vacinação, estratégias não farmacológicas para o controlo da dor. Durante as interações de cuidados, valorizei sempre a filosofia dos cuidados não traumáticos, com ações tão simples como aplicar *spray* de lidocaína antes da punção, estimular a que a criança esteja junto ou ao colo de um dos elementos da família, **envolvendo-os nos cuidados**, e promovendo-lhes segurança.

No que concerne ao terceiro objetivo específico definido “**cuidar da criança e sua família tendo em conta as suas necessidades, com enfoque na gestão das emoções**”, tive oportunidade durante as consultas de enfermagem e nos contatos existentes para cumprimento de PNV, valorizar as emoções e as preocupações da criança e da família e identificar emoções negativas durante a interação com as mesmas. Para a concretização deste objetivo, focalizei a minha intervenção na gestão das emoções e nos cuidados não traumáticos. Neste contexto de estágio, as vivências emocionais mais intensas foram identificadas aquando os procedimentos passíveis de provocar dor, tais como as vacinas ou a realização de pensos. Mobilizei assim a filosofia dos **cuidados não traumáticos**, em que o objetivo é não causar dano (Hockenberry & Barrera, 2014). Recorri a estratégias não farmacológicas para controlo da dor na criança, nomeadamente o **brincar**, entendendo-o como um instrumento importante, que promove o bem-estar da criança. Segundo Sanders (2014), o brincar é uma das ferramentas mais eficazes para gerir o *stress*, sendo essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças. Utilizei e comprovei os benefícios do instrumento terapêutico brincar, e valorizei-o como promotor de desenvolvimento, promotor da expressão de sentimentos, como veículo para alcançar algum efeito terapêutico, obter a cooperação nos procedimentos, percebendo-o como a linguagem universal da criança, constituindo-se numa valiosa ferramenta para realizar ensinamentos (Brown, 2014). Atendendo ao supracitado, procedi à elaboração de um **poster** (apêndice X) o qual estima o brincar como facilitador da comunicação e gestor emocional.

Para dar resposta ao terceiro objetivo, focalizando-me nas necessidades da criança e família com enfoque na gestão de emoções, considerei pertinente a elaboração de um **documento acerca das aprendizagens realizadas na consulta de enfermagem** (Apêndice IX). Este, engloba os diagnósticos associados à gestão das emoções e da informação passíveis de formular no sistema de **registos** em vigor, o *SClinico*. Refletindo nas aprendizagens realizadas neste contexto, saliento que para além da realização de intervenções que permitam a satisfação das necessidades da criança e da família, é importante que as mesmas fiquem registadas no seu processo, pois a abordagem das múltiplas dimensões do cuidar em enfermagem, nomeadamente a dimensão emocional, realça a dimensão holística e humanista da profissão, sendo fundamental que sejam formulados os diagnósticos de enfermagem conforme a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), relacionados com a experiência emocional e as necessidades do cliente (Diogo et al.,

2016a). Remetendo-me esta atividade para o desenvolvimento da competência comum “C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (DR, 2019, p. 4748).

O último objetivo definido para este contexto de estágio foi “**desenvolver competências na comunicação com a criança e sua família, de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura**”. Para a execução deste objetivo tive em conta que na comunicação com as crianças, a vertente não verbal engloba mensagens muito significativas, sendo difícil disfarçar sentimentos, atitudes e ansiedades (Hockenberry, 2014). Na observação, fiz uso dos tópicos orientadores para observação das práticas (Apêndice III), e na interação com a criança e família identifiquei estratégias de comunicação adequadas ao seu **estádio de desenvolvimento**, tal como estratégias de comunicação direcionadas às necessidades individualizadas da família.

No decorrer do percurso neste contexto, diagnostiquei que uma das dúvidas mais expressadas pela família da criança, diz respeito à alimentação no primeiro ano de vida. A alimentação da criança, também é um dos aspetos mais abordados nas consultas de enfermagem preconizado no PNSIJ. Assim, evidenciou-se a necessidade da elaboração de informação escrita, atualizada e baseada em evidência científica, que desse resposta a esta **necessidade informativa** da família, a qual pudesse ser disponibilizada e consultada posteriormente no domicílio. Em diversas situações de prestação de cuidados, percebi que a família estava centrada na criança que chorava, ou que era submetida a algum procedimento doloroso (como a vacina), tendo dificuldades na assimilação da informação, pois a perturbação emocional conduz a enviesamentos na forma como a informação é compreendida e assimilada (Barros, 2003). Deste modo, houve necessidade de elaborar um **folheto** (Apêndice XI) referente à alimentação no primeiro ano de vida, o qual pode ser fornecido à família da criança para consulta em casa, tranquilamente. Associado a este folheto, foi também elaborada uma **norma de procedimentos de enfermagem** (Apêndice XII), para a uniformização da intervenção de enfermagem no que concerne ao fornecimento de informação sobre a alimentação no primeiro ano de vida. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E3.3.1, E3.2.1, e E3.3.4 (DR, 2018).

Faço também menção, à **sessão de formação** elaborada neste contexto de estágio, a qual teve como objetivos a exposição da problemática “Cuidar da criança e sua família: Gestão recíproca das emoções e da informação” (Apêndice XIII), como

também, a apresentação do poster e do folheto elaborados durante o percurso de estágio, a qual promoveu um momento de discussão e reflexão acerca das práticas e facilitou o desenvolvimento da unidade de competência comum “D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (DR, 2019, p.4749).

Por último, inserido temporalmente neste contexto, tive ainda oportunidade de realizar um curso de **suporte avançado de vida pediátrico** (Anexo I), do qual destaco o desenvolvimento de conhecimentos “e habilidades para a rápida identificação de focos e instabilidade e resposta pronta antecipatória” E2.1.1, tal como “conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico” E2.1.2 (DR, 2018, p.19193).

4.4 Serviço de neonatologia

O estágio no serviço de neonatologia decorreu no período de 1 a 17 de dezembro de 2018 e de 3 a 6 de janeiro de 2019, com duração total de 3 semanas, o mesmo desenvolveu-se num hospital público, geral e central.

O primeiro objetivo definido para este local de estágio foi “**conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço**”. À semelhança dos outros locais de estágio, iniciou-se com uma **reunião com a enfermeira chefe, e com a enfermeira orientadora** deste contexto, na qual apresentei o guia orientador de atividades de estágio (Apêndice II) e, conseqüentemente os objetivos aos quais me propunha. Esta reunião constituiu-se bastante proveitosa e estruturante, tal como a pesquisa e consulta de bibliografia de referência acerca desta área tão específica, na qual não possuía qualquer experiência profissional. A caracterização deste serviço está elaborada no guia orientador de atividade de estágio (Apêndice II), onde também são valorizadas as ações e estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a **promoção do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido**. Para a concretização deste objetivo, a par da observação das intervenções de enfermagem, colaborei na prestação de cuidados ao **recém-nascido** e sua família. Desta prestação de cuidados, destaco como essenciais para a minha aquisição de competências de EEESIP, as intervenções em **situações de extrema complexidade**, tal como a identificação e **referenciação** de crianças com necessidades especiais segundo o PNSIJ 2013, pois “cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionando-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados.” (DGS,

2013, p.34). Estas vivências proporcionaram-me o desenvolvimento de competências específicas de EEESIP: E1.2.2, E2.5.1, E2.5.6 e E3.2.7 (DR, 2018).

“Promover a parentalidade e vinculação do recém-nascido e sua família” foi o segundo objetivo definido para este contexto de estágio. Para a execução deste objetivo, em colaboração com a enfermeira orientadora, foi promovida a participação da família nos cuidados ao recém-nascido sempre que possível, tendo em conta a complexidade da sua situação. Da intervenção de enfermagem, salienta-se a promoção do desenvolvimento da **parentalidade** e da **vinculação**, quer pelo contato físico, quer através de um objeto que fosse colocado na incubadora e que tivesse estado em contato com a pele do pai/mãe ou prestador de cuidados, tal como também a valorização da presença da família junto à incubadora, fornecendo **explicações acerca dos procedimentos** à medida que estes iam sendo realizados. Tal como referem Ferreira e Costa (2004), é necessário que o enfermeiro permita o desenvolvimento de mecanismos capazes de estabelecer a interação recém-nascido e família precocemente, permitindo um crescimento físico, emocional e social.

À semelhança do que ocorreu noutros contextos, destacam-se os CCF e a parceria de cuidados, como orientações sempre presentes à intervenção dos enfermeiros. Quando o recém-nascido se encontrava na unidade de cuidados intermédios e já era permitido um maior contato físico entre si e a sua família, os enfermeiros geriam os cuidados por forma a “esperar” pela família promovendo sempre a sua participação nos cuidados. Corroborando o enunciado no modelo de parceria de cuidados desenvolvido por Casey, os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados à criança, estando incluída na intervenção de enfermagem o suporte e assistência contínua nesses cuidados (OE, 2015). Outra das intervenções de enfermagem direcionadas ao cuidado da família do recém-nascido, diz respeito à **promoção da esperança**, estimulando a expressão de sentimentos e dúvidas, proporcionando escuta ativa, fornecendo informação e formação relevante para cuidar do seu recém-nascido. Charepe (2014) afirma que, a promoção de esperança requer ajuda, partilha, respeito, confidencialidade, confiança, colaboração e união.

Tendo em conta que este serviço de neonatologia se encontra inserido num hospital amigo dos bebés, tive ainda oportunidade de promover a **amamentação**, independentemente da situação de saúde do bebé foi sempre promovido a alimentação com leite materno, quer em situações em que o recém-nascido tivesse condições para ser amamentado por via oral, ou mesmo quando apenas o era permitido por sonda. Segundo Vannuchia et al. (2004), são inúmeros os benefícios do

leite materno, estando indicado para todos os bebês, incluindo os que têm necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos, sendo iniciativa do hospital amigo do bebê a mobilização dos profissionais a favor da amamentação. Atendendo ao supracitado, estas vivências promoveram o desenvolvimento de estratégias para envolvimento da família na prestação de cuidados, o contato físico, a amamentação e a esperança. Salientando-se o desenvolvimento da unidade de competência específica “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (DR, 2018, p. 19194).

O terceiro objetivo definido aborda o **“cuidar do recém-nascido e sua família, em situação de hospitalização com enfoque na gestão das emoções”**. Para a concretização deste objetivo, tive sempre em conta que o nascimento de um filho é sempre um momento de alegria e emoção, mas quando o recém-nascido é sujeito a hospitalização, o enfermeiro necessita de mobilizar competências técnicas e emocionais para promover o processo de adaptação da criança e família (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Na interação com o recém-nascido e sua família compreendi, o quão importante é o estabelecimento de uma **relação de confiança** e a promoção da **expressão de sentimentos**. Nas minhas intervenções tive sempre em conta a identificação das necessidades do recém-nascido e a sua expressão de emoções, quer pelo choro, alteração da frequência cardíaca, inquietação, ou pelo simples bocejar. Percebendo a relevância da especificidade da intervenção de enfermagem, quando se coloca um pano sobre a incubadora por forma a não entrar a luz, tendo em atenção o ruído, a temperatura, o posicionamento, sempre com movimentos suaves e afetuosos. No que respeita às intervenções de enfermagem direcionadas à gestão da dor no recém-nascido, estas foram sempre tidas em atenção. Tal como afirma Batalha (2010) prevenir e tratar a dor, é um dever dos profissionais de saúde. Inseridas na orientação dos cuidados não traumáticos e humanização de cuidados ao bebê, destaco algumas das estratégias utilizadas como a sucção não nutritiva, a sacarose a 24%, a massagem, e até a contenção. Sempre que possível, estas estratégias eram realizadas em parceria com a família.

Para a concretização deste objetivo, salienta-se o início da **construção do algoritmo de atuação em enfermagem** (Apêndice XIX) com foco na gestão recíproca das emoções e da informação, validação e reflexão com a enfermeira orientadora. Esta reflexão constituiu-se numa mais valia não só para perceber a pertinência do referido algoritmo de atuação, mas também para a aquisição de valiosos contributos

que em muito ajudaram à sua iniciação. A última atividade elaborada, que deu resposta ao objetivo mencionado, foi a elaboração de um **dossier temático** intitulado: Gestão de Emoções no Cuidado ao Recém-nascido e sua Família (Apêndice XV). Neste, foram reunidos artigos alusivos à gestão de emoções no cuidado ao recém-nascido, atendendo à prática baseada na evidência. Foi divulgada a existência deste dossier, junto dos enfermeiros durante a passagem de turno, ficando disponível no serviço em versão digital. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento da competência comum “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (DR, 2019, p. 4749).

O último objetivo concretizado foi o de **“desenvolver competências na comunicação com o recém-nascido e sua família”**, para isso forneci informações adequadas às suas necessidades, tendo em atenção o estado emocional da família, transmitindo informações e esclarecendo dúvidas, não só acerca da evolução do internamento, mas também na preparação da alta clínica, individualizando os cuidados e respondendo às suas necessidades. Tendo em conta os conhecimentos desenvolvidos neste contexto, elaborei um documento referente às **Aprendizagens numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais...** (Apêndice XIV). Remeto-me ao desenvolvimento de competências demonstrando “conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família” E3.3.3, “facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” E1.2.8, “Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem” E2.2.1, “transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infante juvenil” E3.1.3, “Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN” E3.2.4 e “Facilita a comunicação expressiva de emoções” E3.4.1 (DR, 2018, p. 19194).

4.5 Internamento cirúrgico de pediatria

O último contexto de estágio iniciou-se a 7 de janeiro e terminou a 8 de fevereiro de 2019, num total de 5 semanas, as quais se constituíram imprescindíveis no desenvolvimento e aquisição de competências de EEESIP, quer no meu projeto profissional, quer individual. A contextualização deste local de estágio encontra-se elaborada no guia orientador de atividades de estágio (Apêndice II).

Por forma a “**apresentar a problemática do meu projeto**” e os objetivos deste contexto de estágio tive inicialmente uma **reunião com o enfermeiro chefe e com a enfermeira orientadora**, da qual resultaram contributos estruturantes e orientadores para o desenvolvimento do meu percurso. Destaco também, a **discussão e reflexão** com a enfermeira orientadora de situações das práticas de cuidados, que se constituíram numa mais valia ao longo desta experiência, e na minha **tomada de decisão** fundamentada no decorrer das intervenções de enfermagem. Os **momentos de passagem de turno**, constituíram-se igualmente importantes, na medida em que fomentaram **partilha e discussão de práticas**. Posto isto, faço menção ao desenvolvimento das competências comuns A1 e A2 (DR, 2019).

No que diz respeito ao objetivo específico “**cuidar da criança em período pós-operatório e sua família com enfoque na gestão de emoções e da informação**”, tive oportunidade de desenvolver intervenções de enfermagem à criança e família submetidas a cirurgia, mobilizando estratégias para lidar com os medos e estratégias de gestão de emoções quer de antecipação, quer reativas (Diogo, 2015, 2017a). Valorizei a **expressão de sentimentos**, como forma de gerir as emoções em antecipação na preparação para procedimentos, mas também durante e no final dos mesmos. Mobilizei o **brincar**, para facilitar a expressão de sentimentos, preparação e colaboração para procedimentos como punções venosas, colheitas de sangue, ou realização de pensos. Tal como afirma Brown (2014), o brincar deve ser incluído na preparação das crianças para procedimentos e para incentivar a sua cooperação durante os mesmos. Algo que destaco como fundamental para a concretização deste objetivo, é sem dúvida a relevância da **preparação para procedimentos e fornecimento de informação**. Tal como asseguram os achados de Diogo (2015), a enfermeira dá respostas às questões e dúvidas das crianças, evitando um pico emocional intenso que acrescenta sofrimento à experiência. Assim, os clientes compreendem melhor o que se está a passar com eles, sentem um maior sentimento de controlo e mantêm-se mais calmos. Perante a situação de **hospitalização e de cirurgia**, nomeadamente o **período pós-operatório**, para além da gestão emocional de antecipação na preparação para procedimentos, há também que destacar as intervenções de enfermagem que dizem respeito à gestão das emoções reativas. Nestas, inserem-se ações como a explicação e esclarecimento de dúvidas, sendo uma estratégia muito utilizada pelos enfermeiros para lidar com a ansiedade dos clientes, principalmente durante os procedimentos dolorosos (Diogo, 2015, 2017a).

Para a concretização do objetivo específico **“cuidar da criança em contexto pós-operatório e sua família, gerindo a dor com recurso a cuidados não traumáticos”**, para além de perceber como fundamental a **avaliação da dor** na criança, utilizando escalas adequadas à sua idade e estágio de desenvolvimento, utilizei também **estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio e controlo da dor**, considerando-as fulcrais na criança em período pós-operatório. A dor é o 5º sinal vital, pelo que a sua avaliação com recurso a escalas adequadas é essencial. A dor nos procedimentos é uma experiência emocional desagradável, sendo que o medo e ansiedade das crianças e família constitui-se num fator agravante da dor, constituindo-se como prioritário que os profissionais valorizem o controlo da dor como um padrão de qualidade de cuidados (DGS, 2012). As estratégias desenvolvidas encontram-se mais pormenorizadamente descritas nas reflexões elaboradas em apêndice (Apêndice XVI e Apêndice XX), sendo que, destaco ações tão simples como a utilização de penso anestésico EMLA®, sempre que possível em todas as crianças. Estas atividades permitiram-me desenvolver competências de EEESIP, das quais se destacam E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3 e E2.4.3 (DR, 2018)

Outro objetivo específico deste contexto de estágio foi **“Desenvolver competências para uma comunicação eficaz com a criança e sua família em período pós-operatório”**. Posto este objetivo, desenvolvi atividades direcionadas para a **envolvência e negociação nos cuidados, validação de conhecimentos e reforço de ensinamentos** à criança e família sobre o período pós-operatório. Atendi à **abordagem holística** e especificidade de cada cliente, adequando a utilização de estratégias segundo a idade e estágio de desenvolvimento da criança.

Tendo em conta a problemática em estudo, refleti na **identificação da necessidade de gestão recíproca das emoções e da informação** e elaborei um documento intitulado “Identificação das Necessidades de Gestão Recíproca das Emoções e da Informação - Desenvolvimento do Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação” (Apêndice XVI). Esta atividade constituiu-se bastante relevante para a concretização deste objetivo, tal como para a construção do algoritmo de atuação em enfermagem já mencionado (Apêndice XIX). Destaco as atividades desenvolvidas neste âmbito como essenciais na aquisição das competências específicas “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente

suportadas na evidência” e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (DR, 2018, p. 19193-19194).

O último objetivo específico foi “**promover o regresso a casa da criança e sua família, de uma forma segura e informada**”. As atividades que desenvolvi para dar resposta a este objetivo foram bastante ricas em aprendizagens e aquisição de competências. Desde a **admissão da criança** que vai ser submetida a cirurgia e sua família, esteve sempre presente a preparação do seu regresso a casa, **validando conhecimentos e disponibilizando suporte informativo**. Neste sentido, considerei pertinente desenvolver uma atividade direcionada às necessidades da criança, aos meus objetivos pessoais e à necessidade do contexto de estágio. Assim, surgiu a oportunidade de realizar uma **check-list de preparação para o regresso a casa** com enfoque na identificação de necessidades informativas (Apêndice XVII), direcionada à família quando o estágio de desenvolvimento da criança não lhe permite colaborar no seu preenchimento, e direcionada à criança e família quando a primeira se encontra num estágio de desenvolvimento que lhe permite fazer essa avaliação. Esta *check-list*, proporciona que a criança e a família reflitam acerca das questões que são colocadas, e que perspetivando o regresso a casa, realizem um diagnóstico das suas necessidades, percebendo em que aspetos se sentem com mais ou menos dificuldades. O enfermeiro, para além de validar os conhecimentos que a criança e família referem ter, irá incidir o seu foco nas dúvidas e questões diagnosticadas pelos próprios, preparando e **capacitando a criança e família** para o seu regresso a casa, seguro e informado, proporcionando-lhe **sentimento de controlo sobre a situação** e promovendo uma **emocionalidade positiva, bem-estar e uma experiência de hospitalização mais positiva**, melhorando a qualidade dos cuidados. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento da competência comum “B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (DR, 2019, p.4747) e competências específicas E1.1, E1.2 e E2.2 (DR, 2018).

Tendo como pretensão dar resposta ao objetivo já mencionado, foi preparada e realizada uma **sessão de formação** em serviço com o título “Cuidar da Criança em Pós-Operatório e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem” (Apêndice XVIII). Esta, para além de dar a conhecer a problemática em estudo sensibilizando o grupo de enfermeiros, almejou obter contributos para a melhoria das atividades que desenvolvi. Esta sessão de formação, para além de se constituir num momento de formação, também integrou um momento de reflexão e partilha. Saliento que o desenvolvimento desta atividade,

permitiu a aquisição das competências “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, e “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (DR, 2019, p. 4747-4749).

No decorrer desta sessão de formação, também procedi à apresentação do **“Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das emoções e da Informação”** (Apêndice XIX), onde obtive contributos pertinentes para a continuação da sua construção. Esta atividade surge da perceção da minha experiência profissional e da evidência científica, considerando fundamental que o enfermeiro na sua intervenção de enfermagem, mobilize **estratégias para a gestão recíproca das emoções e da informação**, pois, ao facilitar a gestão da emocionalidade do cliente o mesmo ficará mais capacitado para perceber e assimilar a informação que lhe é transmitida. Circunscrevendo os meus cuidados num serviço de internamento cirúrgico de pediatria, onde a emocionalidade é tão intensa, e onde os cuidados pós-operatórios são fundamentais não só no imediato, como no regresso a casa, é fundamental que o enfermeiro, para além da promoção de uma experiência de hospitalização positiva, promova a verdadeira capacitação da criança e da sua família no regresso a casa. Esta atividade foi crucial para o desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente no que concerne à gestão de informação (E1.1.6); comunicação com a criança e sua família (E1.1.2, E3.3.1); identificação das suas vivências emocionais (E1.2.3, E2.2.1, E3.3.3); gestão de estratégias não farmacológicas para alívio da dor (E2.2.3), adoção de estratégias de adaptação (E2.5.2, E2.5.3); e comunicação expressiva de emoções (E3.4.1) (DR, 2018). Como também no desenvolvimento das competências comuns B1, B2 e B3 (DR, 2019).

Por último, faço menção à atividade **“Refletindo... na Aplicabilidade do Algoritmo de Atuação em Enfermagem com Foco na Gestão Recíproca das Emoções e da Informação”** (Apêndice XX). Nesta atividade, foi produzido um documento acerca da **aplicabilidade do algoritmo** já mencionado, procurando abranger a sua pertinência para a intervenção de enfermagem, tal como refletir no seu contributo para a prestação de cuidados. Desta atividade destaca-se o desenvolvimento de aprendizagens e de competências comuns e específicas: D1 e D2 (DR, 2019); E1.2, E2.2, E2.4, E2.5 e E3.3 (DR, 2018).

A elaboração deste capítulo pretendeu descrever, analisar e refletir acerca do percurso de estágio e espelhar a consequente aquisição de competências, facilitando a transição de generalista a especialista. O estágio constituiu-se fulcral em todo este processo, abrindo horizontes e proporcionando-me experiência prática com um valor

inestimável. Fui sempre sustentada pela evidência científica e motivada pela humanização e excelência no cuidar a criança e sua família.

5. PROJETOS FUTUROS

O presente capítulo perspetiva os projetos futuros que certamente irei desenvolver, focalizando não só os meus interesses profissionais e pessoais, mas também na qualidade dos cuidados do serviço onde exerço funções, visando sempre a satisfação dos clientes. Assim, enalteço e estímulo a reflexão persistente acerca da qualidade do exercício profissional, apoiando os processos de melhoria contínua (DR, 2015).

Neste percurso de aquisição de competências, compreendo como essencial o envolvimento nas situações de prestação de cuidados, onde a enfermeira pela sua experiência e formação desenvolve competências de observação e compreensão, fornecendo aos clientes meios para que possa compreender, controlar, aceitar e vencer o que lhe acontece (Benner, 2001). Corroborando, Collière (2003) afirma que o enfermeiro age a partir do seu corpo de conhecimentos, da sua intuição e observação, dos dados científicos e aprendizagem das experiências anteriores, por forma a compreender a situação vivenciada pelo outro. Valorizando estes aspetos, pretendo continuar o trabalho já iniciado, mobilizando todos os saberes provenientes desta experiência, indo ao encontro da excelência do exercício profissional, desenvolvendo e fortalecendo conhecimentos no que diz respeito à forma como as emoções estão ligadas à cognição, utilizando o corpo como teatro (Damásio, 2003).

Mantendo o foco de atenção na intervenção de enfermagem direcionada para o período pós-operatório, relevo a sua importância na promoção de uma vivência de cirurgia positiva da criança e família, e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido, pretendo implementar no meu contexto de prestação de cuidados a consulta pós-alta, a qual segundo a OE (2011) consiste numa consulta de enfermagem efetuada uma semana depois da intervenção cirúrgica, constituindo-se no momento de avaliação através do qual se percebe como a criança e a sua família vivenciaram a experiência de hospitalização, cirurgia e recuperação. Considero também significativo que seja realizado um contacto com a criança e família até às 48 horas, após terem regressado a casa. Planeio também, prosseguir com a aplicação da *check-list* de preparação para o regresso a casa, percebendo a sua pertinência na preparação e capacitação da criança e família, continuando a sua construção não só com os contributos de outros enfermeiros, mas também considerando a cooperação das crianças e das suas famílias, perspetivando a melhoria ao longo da sua aplicação.

Intento continuar a aplicação do algoritmo de atuação em enfermagem com foco na gestão recíproca das emoções e da informação, tal como o seu aperfeiçoamento ao longo do tempo, privilegiando os subsídios da evidência científica, sempre numa perspetiva de evolução, estimulando e sensibilizando a que o grupo de enfermeiros também o aplique, oferecendo o seu contributo. No que concerne aos registos de enfermagem, nomeadamente no sistema de registos por mim utilizado, o *SClinico*, perspetivo a sua uniformização, concedendo relevância às intervenções realizadas no âmbito da gestão das emoções e da gestão da informação. Pela minha experiência, compreendo que muitas vezes não são destacadas as intervenções de enfermagem neste âmbito, sendo também esta uma das minhas ambições, a de estimular a que a equipa de enfermagem registe e valorize as intervenções de dimensão emocional.

No decorrer da elaboração deste relatório tive o privilégio de estar presente nas 1.^{as} Jornadas “Emoções em Saúde” (Anexo II), das quais saí bastante mais enriquecida. Motivada para o meu desenvolvimento e enriquecimento, pretendo continuar a investir na vertente formativa de dimensão emocional no cuidado ao cliente pediátrico. Ambiciono, não só assumir um percurso enquanto formanda, como também ser dinamizadora de formação a grupos de enfermeiros, integrando o grupo de formação como membro ativo. Segundo o DR (2015), é crucial a existência de formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, com a finalidade de assegurar uma prestação de cuidados de qualidade.

Por último, enriquecida pelas vivências e conhecimentos que me foram proporcionados, gostaria de elaborar e publicar um artigo relacionado com a problemática estudada e aprofundada, salientando a valiosa intervenção de enfermagem na gestão recíproca das emoções e da informação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalização da criança e da família pode afetar o sistema familiar, e certamente alterar as suas rotinas, daí a importância, do enfermeiro mobilizar estratégias para responder às mais variadas especificidades e necessidades do cliente, atendendo ao holismo e humanização dos cuidados, enaltecendo o verdadeiro conceito de cuidar. Sustentada pela teoria de Jean Watson, neste percurso compreendi que o acesso à totalidade da pessoa através do ponto de partida “fornecido” pelas emoções, intervindo na sua totalidade, facilita a harmonia e o autocontrole. Este caminho também é pautado pelos princípios da teoria de Betty Neuman, pois para além de ver a criança e família na sua totalidade, encaro-os inseridos num ambiente, que por vezes desconhecem, nomeadamente aquando da hospitalização, o que sem dúvida exerce uma influência bastante significativa sobre os mesmos, sendo crucial que a intervenção de enfermagem mobilize estratégias para a minimização desses *stressores*.

A elaboração deste relatório para além de ter como finalidade espelhar o trabalho desenvolvido durante este percurso formativo, também se constituiu como um instrumento de reflexão, explanando os conhecimentos e competências que daí advieram. Em cada atividade ou intervenção que realizei mantive presentes as orientações de cuidados pediátricos às “nossas” crianças e suas famílias. Destacando-se a aprendizagem adquirida nos diversos contextos de prestação de cuidados, sendo descritas e analisadas as atividades de crescente complexidade desenvolvidas, e que me proporcionaram experiências potenciadoras de reflexão. Ao longo do relatório é salientada a metodologia reflexiva, utilizando como instrumento principal o ciclo de Gibbs, o qual orientou o processo reflexivo, proporcionando um efetivo processo de aprendizagem e o consequente desenvolvimento e aquisição de competências de EEESIP.

A minha experiência revelou-me que a situação de hospitalização muitas vezes potencia uma emocionalidade excessiva, impedindo a criança e a sua família de assimilar a informação que era fornecida, tal como a perceção de que a falta de informação ou a informação insuficiente era geradora de respostas emocionais negativas. Perante isto, percebi a necessidade da intervenção de enfermagem, direcionada para a gestão recíproca das emoções e da informação. Tendo em conta esta problemática, importa valorar que a criança hospitalizada e a sua família têm direito a ser cuidadas por profissionais que respondam às suas necessidades

emocionais, tal como receber informação adequada à sua compreensão, por forma a que possam ser membros ativos na tomada de decisão e na participação ativa nos cuidados.

No cursar deste percurso procurei transpor para a prática a excelência no exercício profissional, e o aglomerar de competências de generalista a especialista. Assim, persegui níveis elevados de satisfação da criança, valorizando o respeito pela informação, a procura constante de empatia durante o estabelecimento de comunicação e a concretização de atividades com enfoque para a parceria e minimização dos *stressores*. A busca pela maximização do potencial de saúde, nomeadamente com o fornecimento de informação orientadora, e cuidados antecipatórios; a prevenção de complicações, especialmente pela identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; a promoção do bem-estar e do autocuidado; o rigor técnico da implementação das intervenções de enfermagem; e a organização dos cuidados de enfermagem pela utilização de guias orientadores de boas práticas, incitando e melhoria contínua. Tal como também se destacam como foco de atenção as estratégias eficazes para a adaptação aos problemas de saúde, salientando-se o planeamento de alta de acordo com as necessidades individualizadas da criança e família (DR, 2015).

O presente relatório reflete o amadurecimento do conhecimento e competências, suportando-o em evidência científica, e desenvolvendo atividades que me proporcionaram a consolidação dos objetivos aos quais me propus. De entre as atividades norteadas para a emergência das competências de EEESIP, destaco a elaboração de um “*Kit sem Dor*”, um *Dossier* Temático, uma *Check-list* de preparação para o regresso a casa, e um Algoritmo de Atuação em Enfermagem com foco na Gestão Recíproca das Emoções e da Informação. Evidencio estas atividades não só como promotoras do meu desenvolvimento, como também acredito que se tenham constituído numa mais-valia para os serviços onde foram elaborados, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados.

A concretização dos objetivos mencionados resulta na obtenção de competências comuns de enfermeiro especialista, e na aquisição de competências maximizando a saúde da criança e sua família, cuidando-os em situações de especial complexidade e respondendo às suas necessidades ao longo da vida e desenvolvimento. Em jeito de síntese, considero que este percurso desenvolveu aspetos basilares na minha experiência de prestação de cuidados, nomeadamente no que respeita à comunicação, empatia, minimização de fatores *stressores* relacionados

com os cuidados prestados, facilitação da comunicação expressiva de emoções, experiência da avaliação dos comportamentos da criança e da família, disponibilidade, negociação, responsabilidade e rigor na tomada de decisão, apreendendo que cuidar em pediatria envolve o verdadeiro sentido da palavra Cuidar, envolto em ações carinhosas, emocionalidade e partilha.

Este percurso empenhado e despertado para a excelência dos cuidados, foi fundamental na minha vida pessoal e profissional, construindo uma perspectiva futura mais consistente, e mais motivada para enfrentar novos desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences. Acedido a 26/9/2018. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Almeida, A. & Veiga Branco, M. (2012). Educação emocional como ferramenta propiciadora de emoções positivas. *Revista de Psicologia*, 1 (4), 53-61.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient-and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129 (2), 394-404.
- Andrade, M., Vieira, S. & Dupas, G. (2011). Paralisia Cerebral: Estudo sobre o Enfrentamento Familiar. *Rev. Min. Enferm*, 15 (1), 86-96.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A. & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, 17 (1), 16-20.
- Barbosa, M., Balieiro, M. & Pettengill, M. (2012). Cuidado Centrado na Família no Contexto da Criança com Deficiência e sua Família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm*, 21 (1), 194-199.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 16 (1), 11-28.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bastos, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Bastos, M. L., José, H., 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*, 3 (1), 12-21.
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (2), 73-80.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Broering, C. & Crepaldi, M. (2008). Preparação Psicológica para a Cirurgia em Pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paideia*, 38 (18), 61-72.
- Broering, C. & Crepaldi, M. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 15-23.

- Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In: Hockenberry, J. & Wilson, D. *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian. (2018). *Caracterização do CRPCCG*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2018). Acedido a 30/9/2018. Obtido de: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/os-nosso-valores>.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A Primeira arte da vida* (2ªed). Loures: Lusociência.
- Coyne, I. (2013). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18, 796–808.
- Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G. & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 273-280.
- Craig, J & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cruz, A. & Ângelo, M. (2011). Cuidado Centrado na Família em Pediatria: Redefinindo os Relacionamentos. *Cienc Cuid Saude*, 10 (4), 861-865.
- Damásio, A. (2003). *O Sentimento de Si* (14ªed). Mem Martins: Fórum da Ciência.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ªed). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2017a). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Acedido a 10/12/2018. Obtido de: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatria_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_pratica_E_motional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance
- Diogo, P. (coord) (2017b). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Diogo, P., Sousa, O., Rodrigues, J., Caeiro, M. & Fonseca, R. (2016a). Diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 513-523.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2014). Emotional Nursing Labour in the Childcare at the End-of-Life and Their Family: A Systematic Review. *International Journal of Nursing*, 2 (1), 65-77.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08/02/2017. Acedido a 20/09/2018. Obtido de: https://www.google.com/search?source=hp&ei=o5-sW6njLMzYwAKX75HICA&q=norma+isbar&oq=norma+isbar&gs_l=psy-ab.3..0j0i22i30k1l5j0i22i10i30k1j0i22i30k1l3.847.3248.0.3713.12.9.0.0.0.763.1163.4-1j0j1.2.0...0...1c.1.64.psy-ab..10.2.1162.0..0i67k1.0.ZTgwwwQHQA
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes – The State of The Science* (2nd edition). United Kingdom: Jones & Bartlett Learning, LLC
- Ercan, S. (2003). *Relationship Between Psychological Preparation, Preoperative and Postoperative Anxiety, and Coping Strategies in Children and Adolescents Undergoing* Tese de Mestrado. Turquia. Graduate School of Social Sciences.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2017). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-licenciatura de Especialização*. Lisboa.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60.
- Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-termo. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, 30 (10), 51-58.

- Ferreira, M. A. (2006) A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), 327-330.
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 102 (33), 365-384.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª ed., pp 163-183). Loures: Lusociência.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5ªed). Lisboa: Círculo de Leitores.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In: Hockenberry, J. & Wilson, W. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In: Hockenberry, J. & Wilson, W. *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals*. Bethesda. Acedido a 10/9/2018. Obtido de: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido a 30/09/2018. Obtido de: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice. Foundations in Nursing and Health Care*. United Kingdom.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Lima, A., Santos, R., Silva, S. & Lahm, J. (2013). Sentimentos Maternos Frente à Hospitalização de um Recém-nascido na UTI Neonatal. *Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba*, 15 (4), 112-115.

- Lopes, M. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. & Melo, J. (2008). Emoção... Emoções... Que Implicações Para a Saúde e Qualidade de Vida. *Spectrum*, 125-148.
- Masaajari, H., Sarajarvi, A., Koskinen, H., Autere, S. & Paavilainen, E. (2005). Patients' Perceptions of Emotional Support and Information Provided to Family Members. *Aorn Journal*, 81 (5), 1030-1038.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 113-121.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 3 (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série I, 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, S., Rodrigues, B., Dionísio, M., Machado, A., Coutinho, K. & Gomes, A. (2013). Cuidado Centrado na Família: Aplicação pela Enfermagem no Contexto da Criança Hospitalizada. *Revista Enferm. UERJ*, 21 (1), 106-112.
- Pedroso, R. (2017). Impacto da Parceria de Cuidados para a Criança Hospitalizada e sua Família. *Revista de Psicologia*, 1 (2), 225-232.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, (14) 1, 24-38.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12 (2), 159-168
- Pontes, A., Leitão, E. & Ramos, I. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In: Hockenberry, J. & Wilson, W. *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62.
- Sarajärvi, A., Haapamäki, M. L. & Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Council of Nurses* (53), 205-210.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 15-23.
- Shields, L. MD., Zhou, H. MCN., Taylor, M. B., Hunter, J. BM., Munns, A. RN. & Watts, R. AM. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies. *JBIC - Library of Systematic Reviews*, 10(39), 2559-2592.

- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (2), 11-20.
- Silva, L, Tacla, M. & Rossetto E. (2010). Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. *Rev Enferm Esc Anna Nery*, 14 (3), 519-526.
- Smith, J., Swallow, V., & Coyne, I. (2015). Involving parents in managing their child's long-term condition: a concept synthesis of family-centered care and partnerships in care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30 (1), 143-159.
- Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited* (2nd edition). New York: Palgrave Macmillan.
- Sousa, P., Antunes, A. & Carvalho, J. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25 (2), 24-28.
- Steinunn, E. & Kvinne-Barneklínken. (2011). Foreldres evaluering av "Foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus. *Norden*, 31 (1), 16-20.
- United Nations Children's Fund (2004). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*.
 Acedido a 30/09/2018. Obtido de:
https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Vannuchia, M., Monteiro, C., Réa, M., Andrade, S. & Matsuo, T. (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 422-428.
- Warner, H. (2006). Living with disability: Part 2, The child/family/nurse relationship. *Paediatric Nursing*, 18 (2), 38-43.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.
- Wyles, R., Rode, J. & Lim-Sulit, V. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*, 32 (1), 35-43.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Ano	2018															2019								
Meses	set.	outubro					novembro				dezembro						janeiro				fevereiro			
Dias	24	1	8	15	21	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	8	14	21	4	11	18	25	
	28	4	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	12	18	25	8	15	22	1	
Serviço de Urgência de Pediatria																								
Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral																								
Cuidados de Saúde Primários																								
Serviço de Neonatologia																								
Serviço de Internamento Cirúrgico de Pediatria																								

- Estágio
- Férias de Natal
- Elaboração do relatório

Apêndice II – Guia Orientador de Atividades de Estágio



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

Relatório de Estágio

Guia Orientador de Atividades de Estágio

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Fevereiro, 2019

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	2
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	3
2. PERCURSO DE ESTÁGIO.....	5
2.1. Serviço de urgência pediátrica.....	5
2.2. Centro de reabilitação de paralisia cerebral.....	13
2.3. Cuidados de saúde primários.....	17
2.4. Serviço de neonatologia.....	22
2.5. Serviço de internamento cirúrgico.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

NOTA INTRODUTÓRIA

Integrando o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge a elaboração deste documento, o qual visa identificar e orientar o meu percurso ao longo dos contextos de estágio.

Atualmente, exerço funções num serviço de internamento cirúrgico de pediatria de um Centro Hospitalar. Após reflexão acerca de experiências por mim vivenciadas, a problemática de Enfermagem em estudo define-se como o “Cuidar da criança em pós-operatório e da sua família: a gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem”.

O estágio tem início a 24 de setembro de 2018 e termina a 8 de fevereiro de 2019.

Os objetivos gerais que pretendo atingir ao longo deste percurso, com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), são:

- Desenvolver competências de EEESIP, no âmbito dos cuidados à criança e sua família, ao longo do seu desenvolvimento e visando a maximização da sua saúde.
- Desenvolver competências de EEESIP, no âmbito da gestão recíproca das emoções e da informação, na criança e sua família em período pós-operatório.

Assim, por forma à obtenção de competências de EEESIP, tenho por base a análise do Regulamento n.º 140/2019 referente às competências comuns, e ao Regulamento n.º 422/2018 alusivo às competências específicas do EEESIP.

Atendendo ao supracitado, foram definidos objetivos específicos para cada um dos contextos, e preconizadas atividades que lhes dessem resposta, aspirando o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Trabalhando diariamente num serviço de internamento cirúrgico de pediatria, atendi à problemática: as experiências emocionais da criança e sua família podem dificultar a assimilação de informação no período pós-operatório, com vista ao regresso a casa; a informação insuficiente acentua a emocionalidade e a falta de sentimento de controlo sobre a situação. Desta forma, considero como cerne do meu estudo a gestão recíproca das emoções e da informação, enquanto intervenção de enfermagem. Logo, percebo a importância da utilização de estratégias que promovam a gestão das emoções vivenciadas, de modo a que estas não dificultem a assimilação de informação; como também, compreendo que a falta de informação, conduz a sentimentos de insegurança e consequente emocionalidade excessiva.

Sustentando esta problemática com evidência, Lopes (2006) afirma que a gestão de sentimentos é completada pela gestão da informação, sendo esta gestão fulcral nos cuidados. De acordo com Joyce e Barros (2005), sempre que os enfermeiros dão informação aos clientes, estão a fornecer-lhes meios que possibilitam uma avaliação mais adaptada, atenuando a sua emocionalidade. No que diz respeito ao período pós-cirúrgico, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) afirma que as intervenções de enfermagem são fundamentais e pretendem incluir a perceção da cirurgia na perspetiva da criança, apoiando-a e fornecendo estratégias adequadas no pós-operatório e recuperação, uma vez que neste período a criança mantém ideias e emoções referentes à cirurgia, inserindo-se a validação de conhecimentos e reforço de ensinios crucial no seu regresso a casa.

Os profissionais de saúde devem estar habilitados a dar resposta às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e sua família (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008). Deste modo, atendendo à fase de hospitalização e ao confronto com emoções negativas relacionadas com o sofrimento, por vezes é essencial utilizá-las conscientemente para melhorar a qualidade de cuidados que prestamos (Diogo, 2017).

Vislumbrando a aquisição de conhecimentos e competências, sustento-me em conceções teóricas dominantes e orientadoras como a teoria do cuidar segundo Jean Watson, e o modelo de sistemas de Betty Neuman. Tal como, em filosofias inerentes à prática de cuidados do EEESIP, nomeadamente os cuidados centrados na família (CCF), a parceria de cuidados segundo Anne Casey e a filosofia de cuidados não

traumáticos. Todas detêm em comum entre si, a abordagem holística e humanizada da intervenção de enfermagem.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO

O percurso de estágio foi estruturado tendo em conta a problemática, os objetivos e as atividades às quais me propus para o desenvolvimento de competências especializadas.

O início do estágio decorreu durante 4 semanas num serviço de urgência pediátrica (de 24 de setembro a 20 de outubro), seguiu-se o estágio num centro de reabilitação de paralisia cerebral durante 2 semanas (de 21 de outubro a 4 de novembro). O terceiro local de estágio, decorreu em cuidados de saúde primários (desde o dia 5 a 30 de novembro), depois 3 semanas num serviço de neonatologia (do dia 1 a 17 de dezembro e de 3 a 6 de janeiro). E por último, num serviço de internamento cirúrgico de pediatria (do dia 7 de janeiro a 11 de fevereiro).

Nos próximos subcapítulos, será descrita uma breve caracterização dos locais de estágio, e apresentado o correspondente plano de atividades.

2.1. Serviço de urgência pediátrica

O serviço de urgência pediátrica está inserido num Centro Hospitalar público, geral e central, altamente diferenciado. Para além da prestação direta de cuidados aos clientes, este hospital comporta ainda vertentes de formação, inovação, desenvolvimento científico e investigação. Assim, a sua visão privilegia a qualidade, segurança, inovação e sustentabilidade. (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, 2018).

Este serviço de urgência pediátrica, admite todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, tem como compromisso de garantia o cumprimento dos direitos dos clientes, nomeadamente: o respeito pela dignidade humana; o direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos; respeito pelas convicções culturais e religiosas; prestação de cuidados adequados ao seu estado de saúde no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos; direito à prestação de cuidados continuados; direito do cliente a ser informado acerca da sua situação de saúde; direito de dar ou recusar o seu consentimento antes de qualquer ato médico, participação em investigação ou ensaio clínico; direito ao acesso dos dados registados no seu processo clínico; direito à privacidade na prestação de cuidados e o direito de fazer sugestões ou reclamações por si próprio ou por quem o represente (Serviço de Urgência Pediátrica [SUP], 2012).

Características

Neste contexto de estágio são prestados cuidados diferenciados a clientes em idade pediátrica e suas famílias, ou seja, crianças com idade inferior a 18 anos. Tal como refere a United Nations Children's Fund (2004, p. 6) "(...) criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo." Assim, tendo em consideração que as crianças são bastante vulneráveis às crises de doença e a hospitalização, e que muitas vezes, estas se constituem nas primeiras crises que enfrentam durante os primeiros anos de vida, o *stress* torna-se relevante uma vez que a criança possui um limitado número de mecanismos de defesa (Sanders, 2014). É fundamental que o enfermeiro tenha em conta que a experiência de hospitalização, é fonte de *stress* e ansiedade para a maioria das crianças (Barros, 1998), percebendo-se que a criança e sua família requererem cuidados competentes e sensíveis minimizadores de potenciais efeitos negativos da hospitalização. As intervenções de enfermagem devem centrar-se na minimização dos *stressores* da separação, perda de controlo, lesão corporal e dor, proporcionando estratégias de apoio aos membros da família, tais como promover as relações familiares e dar informação (Sanders, 2014).

Os profissionais deste serviço de urgência têm estes aspetos em consideração e valorizam os CCF, percebendo-se pelas suas intervenções que têm em conta a criança, mas também a sua família, planeando os cuidados e reconhecendo o potencial da família na recuperação da criança. Como mencionam Shields et al. (2012), os CCF são a melhor forma de cuidar as crianças no hospital, sendo que a base para a sua abordagem crê que as necessidades emocionais, de desenvolvimento, e o bem-estar da família são alcançados através do apoio à capacidade da mesma.

Paralelamente aos CCF, também é passível de ver que este contexto de cuidados utiliza a parceria de cuidados, como afirmam Mendes e Martins (2012) a parceria está associada a um processo dinâmico que requer a participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Neste serviço analisei que os profissionais colaboram com a família, partilhando informação e percebendo que os pais são membros ativos no processo de cuidados.

Inerente às intervenções de enfermagem, os enfermeiros deste serviço de urgência têm em conta a filosofia dos cuidados não traumáticos, como referem Hockenberry e Barrera (2014) estes cuidados devem fazer uso de intervenções, que minimizem ou eliminem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança

e pela família. Percebendo-se a utilização desta filosofia aquando a preparação da criança para procedimentos, e a evitação de todos os procedimentos não estritamente necessários para a recuperação da criança, utilizando intervenções que otimizem e promovam o seu bem-estar.

Tal como já foi referido neste serviço de urgência existe uma colaboração entre a família e os enfermeiros, trabalhando ambos em conjunto no cuidado holístico à criança, tendo em conta as suas necessidades (Sanders, 2014), fundamenta-se que na perspetiva holística, o bem-estar é atingido pelo equilíbrio dos sistemas fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual e desenvolvimental, pelo que é fundamental que não anulemos as emoções (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016b).

Quanto ao modelo de Enfermagem que se destaca durante a prestação de cuidados no serviço de urgência pediátrica, é o modelo de sistemas de Betty Neuman, que, apesar de poder não ser o único, foi o que mais se evidenciou. Neuman crê que a Enfermagem percebe a pessoa como um todo, estando o profissional de enfermagem relacionado com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*, estes *stressores* são bem perceptíveis em contexto de urgência, sendo de salientar que o sistema do cliente está em constante mudança, e em interação com o ambiente (Freese, 2004).

Assim, concluindo e expondo Diogo et al. (2016b), os serviços de urgência atuais são humanizados e adaptados às necessidades da criança e família, sendo que os seus medos são considerados relevantes, agindo ao encontro da gestão dos mesmos, no sentido de promover a mobilização ou elaboração de mecanismos de confronto. É perceptível a gestão emocional feita pelos enfermeiros com recurso à mobilização de estratégias neste sentido.

Recursos Humanos

O serviço dispõe de enfermeiros, médicos pediatras, internos da especialidade, assistentes operacionais e administrativa.

Fazem parte da equipa de enfermagem do serviço de urgência 22 enfermeiros, 1 chefe e o segundo elemento com especialidade em saúde infantil e pediátrica e mais 20 elementos (4 deles enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica). Encontram-se distribuídos em 5 equipas de 4 elementos em horário rotativo.

Para além dos profissionais que aqui trabalham diariamente, consoante a necessidade do serviço também podem ser solicitados os Serviço de Dietética e

Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia da Fala, e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação. No que concerne às especialidades, o SUP conta com o apoio da Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Anestesia, Pneumologia, Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica.

Estrutura Física

A estrutura física do SUP, é constituída por diversas salas: gabinete da enfermeira chefe, sala de aerossóis, sala de triagem, sala de reanimação, 5 salas de observação médica, sala de vigilância, sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia, sala de reuniões, sala de arrumo de material clínico, 2 wc do pessoal, wc para crianças e acompanhantes, copa de serviço, sala de limpos e sala de sujos. Na sala de observação (SO) estão 6 unidades para o cliente e família, e a sala de trabalho de enfermagem.

O serviço apresenta-se com as paredes, portas e janelas decoradas com pinturas e bonecos, com destaque para a sala de pequena cirurgia que apresenta o teto e as paredes pintadas de forma a podermos imaginar uma história através das pinturas, pois aquando dos procedimentos, a criança tem uma posição privilegiada para a sua visualização. Para além da decoração da estrutura física, os enfermeiros também apresentam fardas e adornos coloridos. Para Neuman e Fawcett (2011) o ambiente é conceptualizado como todos os fatores que afetam e são afetados pelo sistema, de forma a que o cliente tem uma relação recíproca com o ambiente, uma vez que existe interação e adaptação entre ambos. Diogo (2015) afirma que as emoções perturbadoras estão associadas a um ambiente estranho, frio e assustador, sendo que os enfermeiros procuram atenuar as perceções através de um ambiente afetuoso na relação com o cliente, indo de encontro ao mundo imaginário da criança.

Funcionamento

Quando o cliente recorre à urgência, faz inscrição nos serviços administrativos e aguarda a sua chamada para a triagem. O sistema de triagem utilizado neste serviço de urgência é a triagem de *Manchester*. Segundo o Grupo Português de Triagem (2015), o sistema de triagem de *Manchester* é um método de triagem que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada em identificação de problemas, a triagem deverá ser rápida focada e recolher informação pertinente.

A triagem constitui-se no primeiro contato que o enfermeiro tem com a criança e sua família, procedendo assim ao seu acolhimento inicial, esclarecimento de dúvidas

e fornecendo informações, como por exemplo o local onde irá esperar pela observação médica, ou quais os procedimentos que se iram seguir, realizando o direcionamento da criança e família consoante a situação. Desta forma, tal como referem Diogo et al. (2016b), a triagem é o momento onde se inicia um contacto acolhedor, em que o enfermeiro transmite confiança aos pais, transmitindo disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações. A triagem constitui-se num momento privilegiado para o enfermeiro adequar a comunicação à criança e família, evitar possíveis situações de medo e ansiedade, tal como fornecer explicações e informações.

Após a triagem, dependendo da prioridade atribuída à criança, esta aguarda a chamada para observação médica junto do seu acompanhante. Em casos de crianças que venham com carta de referenciação para avaliação por uma especialidade, o enfermeiro alocado à triagem poderá realizar esse encaminhamento.

Após avaliação médica a criança poderá ser acompanhada para a sala de tratamentos, exames complementares de diagnóstico, SO, serviços de internamento, regresso ao hospital de origem caso tenha sido uma transferência inter-hospitalar, ou regressar ao domicílio.

Sistema de Registos

O sistema de registos utilizado no serviço de urgência denomina-se *Alert®*, é através deste que é feita a visualização do processo do cliente, e são realizadas prescrições de medicação, exames complementares, e registos médicos e de enfermagem.

Os enfermeiros fazem uso deste sistema informático para realizarem todos os registos de enfermagem inerentes à criança e família, tal como afirmam Diogo et al. (2016a) no estudo de Martins, é evidenciado que os enfermeiros reconhecem a grande finalidade dos registos, nomeadamente a continuidade dos cuidados salientado aspetos técnicos e relacionados com as intervenções interdependentes.

Acompanhamento

Durante a permanência no serviço de urgência pediátrica, a criança poderá e deverá estar sempre acompanhada pela pessoa significativa. Aquando a realização de tratamentos e vigilância no interior da urgência, poderá estar acompanhada permanentemente com uma pessoa. Se estiver internada em SO poderá estar

acompanhada dos dois pais/prestadores de cuidados em simultâneo até às 23 horas, permanecendo um deles após as 23 horas.

Neste serviço, a família é incluída no plano de cuidados e é respeitado o seu papel parental, sendo que como afirma Sanders (2014), a família deve ser preparada e apoiada para o papel que escolherem. É perceptível que os enfermeiros têm em conta e estão sensibilizados para o bem-estar familiar, isso é demonstrado nas várias intervenções que têm por objetivo melhorar o seu bem-estar. Percebi este cuidado, quando os enfermeiros perguntam ao acompanhante da criança, se já se alimentou ou se já teve tempo para descansar um pouco.

De seguida segue-se o plano de atividades elaborado para o SUP.

Plano de atividades

Critérios de Avaliação das Competências:

A2.2.1 Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.
 A2.2.3 Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.
 B 2.1.1 Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.
 B 2.2.1 Identifica oportunidades de melhoria.
 B 3.1.2 Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.
 B3.1.6 Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos
 D1.2.2 Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.
 D1.2.3 Atua eficazmente sob pressão.
 E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.
 E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.
 E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
 E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.
 E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.
 E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável.

(DR, 2018; DR, 2019)

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Local de Estágio / Duração
Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço;	- Entrevista com a enfermeira orientadora, para apresentação da estrutura do serviço e consulta de bibliografia importante; - Entrevista a perito acerca da implementação do projeto ISBAR (identificação, situação atual, antecedentes, avaliação, recomendações) para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, transcrição e análise reflexiva da entrevista; - Pesquisa de documentação e observação das práticas em uso e elaboração de documento referente aos tópicos de orientação para observação das práticas, com foco na gestão das emoções e da informação;	Serviço de Urgência Pediátrica Duração – 4 semanas

	- Observação de intervenções de enfermagem à criança e sua família no serviço de urgência pediátrica com utilização dos tópicos orientadores para observação das práticas e posterior reflexão estruturada; - Participação em situações complexas e urgentes no serviço de urgência pediátrica; - Elaboração de documento descritivo sobre a caracterização do serviço;	
Cuidar da criança e sua família, tendo em conta processos de hospitalização, cirurgia e procedimentos dolorosos com enfoque nos cuidados não traumáticos e gestão das emoções;	- Utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor e atividades lúdicas para minimizar emoções negativas; - Elaboração de um <i>Kit</i> sem Dor para o serviço; - Elaboração de diplomas de reforço positivo para fornecer às crianças submetidas a procedimentos dolorosos;	
Dar resposta às necessidades da criança e família em processo de hospitalização, cirurgia, e procedimentos dolorosos tendo em conta a gestão das emoções e da informação;	- Identificação de estratégias de comunicação com a criança e sua família de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento; - Identificação de situações com necessidade de preparação para cirurgia de urgência com enfoque na gestão recíproca das emoções e da informação; - Realização de jornal de aprendizagem com reflexão acerca do trabalho e conhecimentos desenvolvidos;	

2.2. Centro de reabilitação de paralisia cerebral

O centro de reabilitação de paralisia cerebral situa-se na cidade de Lisboa, e é constituído por duas unidades com tipologias distintas, integradas e complementares. A unidade de habilitação e desenvolvimento, exerce funções em regime de ambulatório e presta cuidados a crianças dos 0 aos 18 anos, no âmbito da prevenção de complicações resultantes da incapacidade e da habilitação e desenvolvimento de competências neuro motoras e cognitivas, que maximizem a participação e a integração social. Nesta unidade, estão integradas a Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas da Comunicação, o Gabinete de Informação e Aconselhamento de Produtos de Apoio e o Núcleo de Intervenção Precoce Integrada (CRPCCG, 2018).

Esta unidade tem como objetivos a prevenção, habilitação, reabilitação e inclusão social de pessoas com paralisia cerebral e outras situações neuro motoras afins, através do desenvolvimento das suas potencialidades; e fomenta a participação ativa dos clientes, familiares e cuidadores, por forma a promover a qualidade de vida (CRPCCG, 2018), salientando-se a visibilidade para a parceria de cuidados. Como refere a OE (2010), em pediatria é inevitável que exista o binómio criança e sua família pelo que se torna tão importante a consciencialização da importância de trabalhar em conjunto. Ou ainda, segundo Mendes e Martins (2012) citando Gotlieb e Feeley, a parceria de cuidados é caracterizada pela partilha de poder e partilha de conhecimentos, definição de objetivos comuns centrados na pessoa e participação de todos os parceiros da relação.

Este centro tem também como objetivos desenvolver uma gestão participada com desempenhos de qualidade, através de uma equipa multidisciplinar; desenvolver e formalizar parcerias e protocolos com diferentes entidades em diversas áreas e implementar estratégias de sustentabilidade na vertente socioeconómica (CRPCCG, 2018).

Características

Esta instituição intervém em áreas como o diagnóstico, avaliação e orientação. Durante a minha permanência neste contexto de estágio percebi a integração da família como fundamental no planeamento de cuidados às crianças com paralisia cerebral. Ocorriam frequentemente reuniões com a equipa multidisciplinar e a família da criança, por forma a “traçar” o plano terapêutico consoante as suas necessidades.

Daí saliento os CCF, tal como refere o Institute of Patient and Family Centered Care (2017) os CCF são fundamentais para uma prestação de cuidados de qualidade e segurança, estes englobam quatro conceitos básicos: a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração. Destacando-se a relação com a gestão da informação à família como fundamental na prestação de cuidados.

Recursos Humanos

No que concerne aos recursos humanos existentes na instituição destaca-se a existência de 3 enfermeiros (a enfermeira-chefe, um enfermeiro generalista e uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica); duas fisiatras; uma assistente social; educadoras; fisioterapeutas; terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e psicologia. A equipa multidisciplinar relaciona-se entre si trabalhando e organizando os seus cuidados em prol da criança e família.

Estrutura Física

O próprio edifício e a sua estrutura física são característicos da sua filosofia, pois estão estruturados em “colmeia”. À entrada, é apresentada uma sala principal com brinquedos e sofás para as crianças, sala de tratamentos, sala de enfermagem, gabinete da enfermeira-chefe, serviços administrativos, duas salas de consulta médica, wc, refeitório, sala de alimentação das crianças, duas salas para técnicas aumentativas e alternativas da comunicação, duas salas de intervenção precoce integrada, sala de atividades de terapia da fala, salas para atividades de fisioterapia, sala de terapia ocupacional e sala de psicologia.

Todas estes espaços contêm materiais e paredes ilustradas, tornando-o num “ambiente pediátrico”, como refere Zengerle-Levy (2004) é através destes espaços e do mundo de brincadeira que um espaço não familiar, se torna seu e encarado como seguro.

Registos

Os registos elaborados pelos enfermeiros são escritos no processo do cliente em folha própria.

Plano de Atividades

Critérios de avaliação das Competências

A1.1.1 Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente

A1.1.7 Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido

A1.2.3 Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.

A2.1.1 Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional

B3.1.1 Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo

E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar

E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados

E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais

E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde

E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.

E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico.

E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.

E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.

E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.

E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

(DR, 2018; DR, 2019)

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Local de Estágio / Duração
Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço;	- Entrevista com a enfermeira chefe de serviço e enfermeira orientadora, perceção da estrutura do serviço e consulta de bibliografia importante; - Observação da dinâmica de serviço e colaboração nas intervenções de enfermagem prestadas à criança e família; - Elaboração de uma análise fundamentada das práticas, tendo por base a observação de uma intervenção de enfermagem e reflexão posterior com a enfermeira orientadora; - Continuação da construção dos tópicos de orientação para observação das práticas; -Discussão, reflexão e análise de situações de prestação de cuidados com a equipa/enfermeira orientadora;	Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Duração – 2 semanas

Cuidar da criança e sua família tendo em conta as suas necessidades, com enfoque na gestão das emoções;	- Identificação de necessidades da criança e sua família com enfoque na gestão das emoções; - Valorização da expressão de emoções da criança e sua família;	
Desenvolver competências de comunicação com a criança e sua família, tendo em conta as suas características e estágio de desenvolvimento;	- Identificação de estratégias de comunicação com a criança e sua família, de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento; - Promoção de estratégias de comunicação eficazes e fornecimento de informação adequadas à criança e família, visando a gestão emocional; - Elaboração de um jornal de aprendizagem acerca dos conhecimentos adquiridos;	

2.3. Cuidados de saúde primários

O centro de saúde onde desenvolvi o estágio insere-se no ACeS Oeste Sul, este é constituído por um agrupamento com cinco centros de saúde, sendo eles o Centro de Saúde de Torres Vedras, Mafra, Lourinhã, Cadaval e Sobral de Monte Agraço. O referido centro de saúde tem como missão promover a saúde, prevenir e tratar a doença, reabilitar, em tempo útil, com eficiência e qualidade e custos socialmente aceitáveis, tendo como alvo os clientes, famílias e comunidade (Aces Oeste Sul, 2017). Desta forma, também se salientam os cuidados centrados na família. Tal como referem Hockenberry e Barrera (2014) os CCF, reconhecem a família como constante na vida das crianças, e devem respeitar as diferentes estratégias de *coping* implementando políticas e programas abrangentes que proporcionam desenvolvimento, educação e apoio emocional. O aumento do nível de conhecimentos e da motivação das famílias, tal como a diminuição do analfabetismo e melhoria das condições de vida, são favorecedores do desenvolvimento da parentalidade como direito e dever, sendo intervenção do enfermeiro facilitá-lo e promovê-lo (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013).

Equipa multidisciplinar

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e higienistas orais.

Estrutura

Cada centro de saúde tem várias unidades funcionais, como as unidades de cuidados de saúde personalizadas (UCSP), as unidades de saúde familiar (USF) e as unidades de cuidados na comunidade (UCC).

Consulta de Enfermagem

Relativamente às intervenções de enfermagem no âmbito da saúde infantil, saliento o cumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2013 e do Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2017. Os enfermeiros são cruciais na sua aplicação, pois como afirma a OE (2010) no que concerne à saúde infantil os enfermeiros têm uma intervenção preponderante na educação, aconselhamento, avaliação do estado de saúde e avaliação do crescimento e desenvolvimento através das consultas de enfermagem. Desta forma, através do cumprimento do PNSIJ

obtém-se ganhos em saúde; procede-se à avaliação do crescimento e desenvolvimento; à estimulação de comportamentos promotores de saúde; à deteção e encaminhamento de situações que possam afetar a qualidade de vida da criança; prevenir, identificar e saber abordar as doenças comuns; proporcionar apoio continuado; promover o desenvolvimento e autodeterminação das crianças; e apoiar e estimular o exercício da parentalidade, entre outros (DGS, 2013).

Neste centro de saúde, o programa nacional de vacinação é cumprido, sendo gratuito e aplicável a todas as pessoas presentes em Portugal, é importante também destacar que tal como preconizado, são aproveitadas todas as oportunidades para cumprir ou atualizar o esquema vacinal do cliente (DGS, 2017).

Registos de Enfermagem

Os registos de enfermagem utilizam o programa informático *SClinico*.

Plano de Atividades

Critérios de avaliação das Competências

A1.1.7 Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido
A1.2.3 Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.
A2.1.2 Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação.
A2.1.3 Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.
A2.1.4 Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade
A2.2.2 Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.
A2.2.3 Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.
B2.1.1 Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.
B2.2.4 Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática.
D2.1.1 Atua como formador oportuno em contexto de trabalho.
D2.1.2 Diagnostica necessidades formativas.
E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.
E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.
E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.
E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.
E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.
E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).
E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.
E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos.
E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.
E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.
E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.
E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém- nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.
E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade.
E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.
E3.2.5. Promove a amamentação.
E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.
E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável.
E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

(DR, 2018; DR, 2019)

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Local de Estágio / Duração
Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço;	- Entrevista com a enfermeira coordenadora e enfermeira orientadora, perceção da estrutura do serviço e consulta de bibliografia importante; - Observação e colaboração nas intervenções de enfermagem à criança e sua família;	Cuidados de Saúde Primários Duração – 4 semanas

	- Observação das intervenções de enfermagem inseridas no SNIPI, NACPCJ e PNSE; - Discussão e análise de práticas com a equipa e enfermeira orientadora acerca do PNSIJ e PNV; - Realização de sessão de formação à equipa, e apresentação do folheto e poster desenvolvidos ao longo do estágio; - Elaboração de norma de procedimento de enfermagem para uniformização das práticas no que diz respeito à alimentação no primeiro ano de vida;	
Promover o crescimento e desenvolvimento da criança;	- Avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança utilizando instrumentos adequados; - Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através de orientações e informações adequadas às necessidades da criança e família; - Promoção da parentalidade e vinculação do recém-nascido e criança com a sua família, dado cumprimento aos cuidados antecipatórios preconizados no PNSIJ; - Promoção de estilos de vida saudáveis e tomada de decisão responsável em todos os estádios de desenvolvimento; - Participação nas consultas de saúde infantil (tendo em conta o PNSIJ) - Participação na vacinação da criança (segundo o PNV);	

Cuidar da criança e sua família tendo em conta as suas necessidades, com enfoque na gestão das emoções;	- Valorização das emoções, preocupações da família face aos processos de saúde e doença da criança; - Identificação da existência de emoções negativas na criança e sua família, na observação e interação com as mesmas; - Identificação e utilização de estratégias de preparação para procedimentos dolorosos (ex.: vacina), com enfoque na gestão de emoções e em cuidados não traumáticos (ex.: brincar); - Elaboração de documento acerca da consulta de enfermagem, com enfoque para os diagnósticos de enfermagem associados à gestão de emoções e de informação; - Elaboração de poster acerca do brincar enquanto facilitador da comunicação e gestor emocional na criança;	
Desenvolver competências na comunicação com a criança e sua família, de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;	- Identificação de estratégias de comunicação com a criança e sua família de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento; - Elaboração de folheto informativo, tendo em conta as necessidades informativas apresentadas pela criança e sua família (alimentação no primeiro ano de vida);	

2.4. Serviço de neonatologia

O estágio no serviço de neonatologia decorreu num hospital público, geral, central que presta cuidados diferenciados a recém-nascidos dos 0 aos 28 dias que carecem de cuidados intensivos ou intermédios.

O nascimento de uma criança é considerado um momento muito importante na vida da família, mas quando a situação clínica requer que a criança seja internada numa unidade de neonatologia, as emoções podem ser intensas e dolorosas (Dias, Fernandes & Correia, 2014). Os enfermeiros deste serviço prestam cuidados individualizados, promovendo a vinculação e mobilizando os CCF, a parceria de cuidados, os cuidados não traumáticos, sempre com vista à humanização dos cuidados. Tal como referem Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014) das intervenções de enfermagem que permitem a gestão das emoções, destacam-se os CCF impulsionando o desenvolvimento de competências parentais, a vinculação e a comunicação eficaz.

Os motivos que mais contribuem para o internamento do recém-nascido nesta unidade de cuidados intensivos neonatais são a prematuridade, o síndrome de dificuldade respiratória, encefalopatia hipóxico-isquémica, malformações, hiperbilirrubinémia, hipoglicémia, hidrocefalia, intolerância alimentar, infeções ou risco infeccioso, trombocitopenia ou casos sociais (Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2012).

Este serviço de neonatologia é constituído por uma equipa multidisciplinar onde constam enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnico-administrativos, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, terapeuta da fala, dietista, entre outros que colaboram consoante necessidade de serviço.

O serviço dispõe de recursos humanos e materiais diferenciados, recebendo bebés de toda a parte do país, e das ilhas. No que concerne à estrutura, este serviço encontra-se dividido em duas salas, a sala de cuidados intensivos neonatais, com capacidade para 8 bebés e a sala de cuidados intermédios com capacidade para 10 bebés. Para além da restante estrutura física funcional associada à prestação de cuidados, destaco uma sala destinada à permanência dos pais e família, onde poderão descansar, esclarecer as suas dúvidas com material informativo. E outra sala, onde a mãe pode extrair o seu leite para ser dado ao seu bebé.

Ao início do turno cada bebé fica ao cuidado do “seu” enfermeiro de referência, percebendo-se a preocupação dos profissionais para que se mantenha sempre que possível um enfermeiro que já conheça aquele bebé e a família, mantendo-se uma

relação, não só com vista à continuidade dos cuidados ao bebé, como também de ensinamentos e apoio à família. Tal como afirmam Frello e Carraro (2012), a enfermagem numa unidade de neonatologia para além de se focar no recém-nascido, tem também responsabilidades junto da família, devendo responder a questões e dar suporte emocional empaticamente, demonstrando compreensão, como também informar e envolver a família nos cuidados, pois é a partir do estabelecimento de uma relação interpessoal baseada na comunicação efetiva e na conversa, que a família se sente mais confiante e tranquila.

Pelo que foi referido, destaca-se que uma das características deste serviço é a parceria de cuidados, pois na intervenção de enfermagem insere-se a promoção da relação entre os pais e o bebé como forma de diminuir a ansiedade e potenciar o crescimento e o desenvolvimento em todas as suas dimensões (Fernandes et al., 2014). Compreendi essa parceria quando o enfermeiro negocia os cuidados com os pais, partilha informação honesta com a família, ou por exemplo espera pela chegada dos pais/família para prestar os cuidados de higiene, estimulando a sua presença e colaboração. Corroborando, os estudos de Frello e Carraro (2012) dizem que a família apresenta necessidades de suporte que incluem não só o apoio emocional, mas também informações detalhadas e em linguagem acessível, sendo fundamental a disponibilidade dos enfermeiros para a comunicação.

O acolhimento ao recém-nascido e sua família é sempre realizado por um enfermeiro que apresenta a unidade, esclarece acerca dos horários e das rotinas do serviço, mostra a estrutura física, fornece informações acerca do material “que envolve” o bebé, da sua necessidade e da importância fundamental da família para a recuperação do recém-nascido, procurando minimizar o impacto da hospitalização. Tal como afirmam Martins et al. (2008), o acolhimento aos clientes deve ser realizado por um enfermeiro com capacidade para ouvir os seus pedidos, ter uma postura capaz de acolher, escutar, e dar respostas adequadas às suas necessidades, sendo efetivo no acolhimento o diálogo, a escuta, a presença, a corresponsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, e a partilha de experiências.

Este hospital é um hospital amigo dos bebés, sendo relevante referir que os enfermeiros estimulam o aleitamento materno, sempre em negociação com a mãe, explicando os seus benefícios e ajudando a que seja um processo benéfico para ambos. Como já foi mencionado, existe uma sala onde a mãe do bebé tem privacidade e consegue realizar a extração do leite materno, com a ajuda do enfermeiro sempre que necessário. O leite materno é fornecido ao recém-nascido quer através da

amamentação, por tetina ou mesmo por sonda. Tal como referem Levy e Bártolo (2012) o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, em que as vantagens são múltiplas quer para o bebé, quer para a mãe, devendo-se sempre esclarecê-la e colocar o foco não no dever, mas no direito e no prazer de amamentar.

O ambiente em redor do recém-nascido é bastante tecnológico, principalmente na unidade de cuidados intensivos, sendo visível a preocupação e ansiedade da família perante os cuidados que poderão prestar, ou qual deve ser a sua postura junto do bebé. Atendendo a estas dúvidas e ansiedades da família, a enfermeira enfatizou sempre a importância da família junto do bebé, referindo que nos cuidados que não pudessem prestar, poderiam sempre estar presentes. Quanto à tecnologia em redor, o enfermeiro estava sempre atento aos alarmes, tentando amenizar as suas preocupações. Corroborando, Ribeiro et al. (2015) referem que quando o recém-nascido e a família são internados num serviço de cuidados intensivos neonatais, experienciam algo perturbador pois permanecem num ambiente rodeado por monitores que alarmam frequentemente, luzes constantes, pessoas desconhecidas, procedimentos invasivos, o que contribui para a despersonalização e aumento da ansiedade, o enfermeiro deve adotar estratégias que permitam aos pais envolverem-se nos cuidados, por forma a criarem um ambiente de confiança entre o recém-nascido, o pais e os profissionais de saúde.

Outro dos aspetos que saliento deste serviço de neonatologia (e que está inserido na individualização e humanização dos cuidados), é a preocupação dos enfermeiros na vinculação do recém-nascido com a sua família, para além de estimulada a presença e participação nos cuidados ao seu filho, sempre que a condição clínica do recém-nascido permite é promovido o toque, a massagem, ou “dicas” que fazem toda a diferença na vinculação, como aconselhar a mãe do bebé a dormir durante toda a noite com uma fradinha ou bonequinho no seu peito e no dia seguinte coloca-lo na incubadora junto do bebé. Assim, é demonstrada disponibilidade pelos enfermeiros, “pequenos” ensinamentos, e estratégias que percebi como importantes no estabelecimento da relação (não só da mãe com o bebé, mas também da enfermeira com a mãe). Tal como afirmam Fernandes et al. (2014), a Enfermagem tem uma intervenção ativa no que concerne à vinculação, sendo este um fator facilitador na aquisição de competências parentais, constituindo-se como importante que o enfermeiro estabeleça o contato precoce entre o bebé e os pais, acolha os pais, desmistifique dúvidas e proporcione o envolvimento dos mesmos nos cuidados.

Indo ao encontro da problemática em estudo, percebo aqui como crucial a gestão recíproca das emoções e da informação, neste ambiente novo e muitas vezes inesperado para a família do bebé, compreendi a importância que todos os enfermeiros dão à gestão emocional e à transmissão de informações aos pais de forma efetiva indo ao encontro das suas necessidades. Evidenciou-se a disponibilidade que demonstravam no contato com os pais para esclarecer as suas dúvidas as vezes que fosse necessário, estão presentes dia e noite para atender um telefonema da família independentemente da hora, procuram perceber quais os seus receios e ansiedades. Salientando estas ideias, Bry et al. (2015) consideram que a doença e hospitalização do recém-nascido são extremamente angustiantes, os enfermeiros intervêm de forma empática e fornecem informações necessárias à sua minimização. Diaz, Caires e Correia (2016) afirmam que as necessidades dos pais de bebés internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais, prendem-se com a informação regular e clara acerca da evolução do seu bebé para lidar com emoções confusas e contraditórias. Corroborando, Frello e Carraro (2012) referem que o apoio emocional é desenvolvido através da comunicação efetiva, ao perceber os seus sentimentos e atuando por forma a diminuir o *stress*, ansiedade e tristeza, no sentido de fornecer informações detalhadas e claras. São fundamentais as estratégias que ofereçam suporte emocional às famílias, complementando-as com informação clara, tendo em conta que o estado emocional é um dos obstáculos para o não entendimento das orientações recebidas (Lima, Santos, Silva & Lahm, 2013).

Por último destaco a intervenção dos enfermeiros deste serviço aquando a alta do bebé e da sua família, ao utilizarem uma *check-list* que os pais vão preenchendo ao longo da preparação para a alta acerca das competências que vão adquirindo, por forma a realizarem a sua autoavaliação e desta forma se perceber quais as áreas em que o enfermeiro deve apostar mais no esclarecimento de dúvidas. Para além disso, os enfermeiros validam sempre se a família apreende as orientações fornecidas. Ao longo do internamento vão sendo “treinados” os cuidados a prestar ao recém-nascido, quer seja “uma simples” muda de fralda, o banho, a amamentação, a técnica de desengasgamento, ou mesmo algo que poderá ser mais complexo e difícil para os pais como a colocação e mudança de uma sonda nasal para realização de oxigenoterapia. Desta forma, o *stress* parental pode ser reduzido utilizando estratégias para o apoio emocional, e fornecimento de informações que são fundamentais no planeamento da alta, logo desde a fase de admissão do bebé (Brett et al., 2011). As necessidades de informação antecipadas, têm em conta o ensino acerca dos cuidados

com o recém-nascido em casa, quer no que se refere aos cuidados básicos, como aos cuidados mais complexos (Díaz, Caires & Correia, 2016).

Os registos de enfermagem são realizados em papel, em folha própria que consta no processo de cada bebé, sendo assegurado pelos enfermeiros um carácter holístico e individualizado nos mesmos.

Plano de Atividades

Critérios de Avaliação das Competências

A1.1.1 Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.
 A1.1.2 Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.
 A1.2.3 Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.
 B3.1.2 Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.
 C1.1.3 Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.
 C2.2.2 Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática.
 D1.2.5 Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.
 D2.3.3 Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.
 E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.
 E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
 E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico.
 E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.
 E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
 E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
 E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.
 E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.
 E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade.
 E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.
 E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.
 E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.
 E3.2.5. Promove a amamentação.
 E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.
 E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.
 E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.

(DR, 2018; DR, 2019)

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Local de Estágio / Duração
Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço;	- Entrevista com a enfermeira orientadora, percepção da estrutura do serviço e consulta de normas/protocolos e bibliografia relevante; - Observação da dinâmica de serviço e colaboração nas intervenções de enfermagem prestadas ao recém-nascido e sua família; - Participação e identificação de intervenção perante situações complexas e com necessidade de intervenção precoce;	Serviço de Neonatologia Duração – 3 semanas
Promover a parentalidade e vinculação do recém-nascido e sua família;	- Promoção do desenvolvimento da parentalidade e vinculação do recém-nascido e sua família; - Utilização de estratégias promotoras de esperança realista;	

	- Promoção do contacto entre o recém-nascido e família e participação nos cuidados;	
Cuidar do recém-nascido e sua família, em situação de hospitalização com enfoque na gestão das emoções;	- Valorização da expressão de emoções do recém-nascido e família; - Identificação de necessidades do recém-nascido e sua família submetidos a hospitalização, e procedimentos dolorosos com enfoque nas vivências emocionais; - Intervenção na gestão da dor do recém-nascido com recurso a cuidados não traumáticos; - Elaboração da versão inicial do algoritmo de atuação em enfermagem com foco na gestão recíproca das emoções e da informação e validação com a enfermeira orientadora; - Elaboração de <i>dossier</i> temático acerca da gestão de emoções no cuidado ao recém-nascido e sua família;	
Desenvolver competências na comunicação com o recém-nascido e sua família;	- Promoção de estratégias de comunicação eficazes e fornecimento de informação adequadas à família, visando a gestão emocional; - Transmissão de informações adequadas às suas necessidades durante o internamento e no regresso a casa; - Realização de reflexão acerca da aquisição de novos conhecimentos;	

2.5. Serviço de internamento cirúrgico

O estágio no internamento cirúrgico de pediatria decorreu numa das unidades do Centro Hospitalar do Oeste (CHO). Este Centro Hospitalar é uma entidade do setor público administrativo, e foi constituído através da portaria número 276/2012 de 12 de setembro, integrando o antigo Centro Hospitalar de Caldas da Rainha (Hospital Distrital de Caldas da Rainha e Hospital Termal D. Rainha Leonor), o Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche e o Hospital Distrital de Torres Vedras (CHO, 2017). No âmbito do Serviço Nacional de Saúde, o CHO encontra-se integrado na região oeste e a sua área geográfica está inserida no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Tem como missão “prestar cuidados de saúde com rigor e excelência técnica, científica e organizativa, com ética profissional e respeito pelo compromisso com o SNS” (CHO, 2017, p.10). Destaca-se, a importância do rigor e excelência na prestação de cuidados, no ensino e investigação, tal como na humanização, eficiência e sustentabilidade.

O Centro Hospitalar pretende prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo útil, tendo em vista a melhoria contínua e a satisfação dos profissionais. São evidenciados valores e princípios como o profissionalismo, a afetividade, o respeito pela individualidade e centralidade no cliente, a equidade, a qualidade e a inovação, a ética e responsabilidade social e a orientação para os resultados (CHO, 2017). Este serviço de internamento cirúrgico pediátrico dispõe de: 2 enfermarias (com um total de 6 camas), 2 casas de banho para as crianças, uma casa de banho para a família, a sala de trabalho de enfermagem, uma sala de brinquedos, uma zona de sujos, uma copa e uma sala de tratamentos. À entrada deste serviço, as paredes e a sala de brinquedos encontram-se decoradas com desenhos e pinturas de cores vivas, tornando-o um ambiente mais acolhedor e securizante para o cliente pediátrico. Mencionando Neuman e Fawcett (2011) o ambiente é geralmente conceptualizado como todos os fatores que afetam, e são afetados pelo sistema. Assim, enfatizando que existe uma relação recíproca entre o cliente e o ambiente através de uma constante interação e adaptação entre ambos (Freese, 2004), destaca-se a importância deste ambiente acolhedor. Corroborando, Diogo (2015) afirma que muitas das emoções perturbadoras que a criança vivência estão associadas a um ambiente estranho, stressante, frio e assustador, pelo que os enfermeiros procuram atenuar estas perceções através de um ambiente afetoso na relação de cuidados. Salienta-se também, a importância da existência de uma sala de

brincar, onde os enfermeiros nunca realizam quaisquer procedimentos dolorosos ou invasivos. A evidência corrobora a importância destes espaços, como refere Sanders (2014) os serviços de pediatria têm espaços próprios, onde a criança se sente em segurança tal como o seu quarto ou a sala de brincadeiras, e espaços onde são realizados procedimentos dolorosos.

A equipa de enfermagem deste serviço é composta por 15 elementos, sendo que para além do chefe e do segundo elementos existem mais 5 EEESIP. Toda a equipa presta cuidados tendo em conta os CCF, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos, para além da família da criança ser envolvida nos cuidados, é estabelecida uma relação terapêutica onde família e enfermeiros trabalham em conjunto. Ao início de cada turno, é distribuído um enfermeiro que irá estar responsável por aquele cliente, sendo notório o esforço feito pela equipa, no sentido de distribuir a criança por um enfermeiro que já a conheça, e que já tenha anteriormente estabelecido uma relação. Estes aspetos são importantes na medida que “quando a dimensão humana do cuidar é valorizada, a prática transcende a técnica, pois ela percebe o ser em sua totalidade existencial” (Melo et al., 2012, p.476).

Os enfermeiros interagem com a criança e família atendendo às suas necessidades, percebendo-se a disponibilidade e afeto com que prestam os cuidados, valorizando sempre a presença da família junto da criança, envolvendo-se emocionalmente nas situações de cuidados e adotando estratégias facilitadoras da adaptação à situação de hospitalização. Para Diogo e Baltar (2016), o cuidado afetivo dos enfermeiros mostra uma corrente de emoções marcado na interação entre a criança e o enfermeiro, o que implica uma ligação emocional, utilizando o afeto de forma terapêutica. Este é um importante aspeto de cuidados deste contexto que concorre para os cuidados humanizados, focalizando uma experiência de hospitalização e cirurgia o mais positiva possível. Quando a relação de cuidados é apoiante e securizante para a criança, a mesma irá adquirir maior sentimento de controlo sobre si, constituindo-se numa ferramenta para o desenvolvimentos de autoconfiança e autoestima, em lugar de sentimentos negativo como a frustração (Diogo et al., 2015).

Este serviço dispõem de uma sala de brincar, sendo valorizado o brincar enquanto intervenção terapêutica de enfermagem, pelo que foi possível constatar que os enfermeiros nunca esquecem a necessidade da criança brincar (tendo sempre em conta a sua situação clínica), estimulando que a criança procure a sala de brincar, contudo quando por algum motivo tem de estar restrita ao leito, o enfermeiro promove

atividades no quarto da criança, estimulando-a e muitas vezes envolvendo-se na brincadeira. Para Hockenberry (2014), o brincar é a linguagem universal da criança, e constitui-se num dos instrumentos mais eficazes para gerir o *stress*. Ao brincar, a criança alivia o *stress* da hospitalização, distancia-se dos medos, da perda de controlo e da lesão corporal, podendo assim gerir os seus sentimentos num meio confortável, não ameaçador e natural (Sanders, 2014). Corroborando, Silva, Tacla e Rossetto (2010) afirmam que a criança hospitalizada continua a ser uma criança, e tem necessidade de brincar, devendo este ser promovido durante o internamento, não só como meio para tornar o ambiente hospitalar menos traumático e *stressante*, mas também como medida não farmacológica no controlo da dor. Através do brincar são promovidas a estabilidade emocional e adaptação à experiência, visando transformar esta vivência numa experiência positiva e de crescimento, pelo que o brincar é englobado nas estratégias para a gestão emocional da criança (Pereira et al., 2010).

Saliento que neste serviço é realizada a consulta de enfermagem pré-operatória, onde dois EEESIP segundo os tempos recomendados no Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros – Diminuir os Medos da Cirurgia, realizam antecipadamente a preparação para a cirurgia à criança e à sua família, constituindo-se esta uma mais valia. Como referem Broering e Crepaldi (2008), os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados de forma assustadora, o medo do desconhecido é a principal causa de insegurança e ansiedade. A preparação pré-operatória tem como objetivo fornecer preparação e incrementar o controlo da ansiedade, tal como aumentar a confiança na equipe de saúde, pelo que realizando esta preparação beneficiam não só a criança e a família, mas também o profissional que lhes irá prestar cuidados no dia da cirurgia. De acordo com a OE (2011), a preparação para a hospitalização e para a cirurgia realizada pelos enfermeiros estimula a aquisição de competências, para lidar e enfrentar a situação desconhecida. Esta preparação, constitui-se como muito importante neste contexto de prestação de cuidados, contudo em situação de cirurgia não programada ou de urgência não é possível realizar esta preparação, sendo essenciais as intervenções de enfermagem no pós-operatório. A vivência da criança relacionada com a cirurgia, constitui-se num *stressor* que pode manifestar-se de forma fisiológica, cognitiva, emocional e comportamental, cabendo ao enfermeiro detetar precocemente esses *stressores* e intervir de forma a que o cliente os supere. A intervenção de enfermagem inclui, fornecer informação para minimizar o *stress* e incrementar a segurança e tranquilidade, favorecendo o seu bem-estar e oferecendo suporte emocional (Sampaio, Ventura, Batista & Antunes, 2009).

De modo a enfatizar a problemática em estudo, destaco o período pós-operatório e a necessária gestão recíproca das emoções e da informação, por forma a que no momento de regresso a casa, a criança e sua família estejam capacitados e confiantes na continuidade dos cuidados no seu domicílio. Esta é também uma das preocupações da equipa de enfermagem deste serviço. Tal como afirmam Vieira e Whitaker (2016), os enfermeiros têm uma intervenção fundamental na preparação para a alta, principalmente na transmissão de informações. Segundo a OE (2011) as crianças e suas famílias necessitam de suporte, aconselhamento e orientação, os enfermeiros devem promover e apoiar a expressão e verbalização de sentimentos da criança e família perante a cirurgia delineando intervenções para uma boa prática.

Os registos de enfermagem são realizados informaticamente, no sistema *SClinico*.

Plano de Atividades

Critérios de Avaliação das Competências

A1.1.4 Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções.
 A1.1.7 Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
 A1.2.3 Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.
 A1.2.4 Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
 A2.1.2 Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação.
 A2.2.1 Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.
 A2.2.2 Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.
 B2.1.1 Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.
 B2.2.5 Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
 C1.2.2 Cria guias orientadores das tarefas a delegar.
 D1.2.2 Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.
 D1.2.3 Atua eficazmente sob pressão.
 D2.1.1 Atua como formador oportuno em contexto de trabalho.
 D2.1.2 Diagnostica necessidades formativas.
 D2.3.3 Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.
 E1.1.1. Negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.
 E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.
 E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados.
 E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico.
 E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem -estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.
 E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.
 E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
 E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
 E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.
 E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.
 E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário.
 E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.
 E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável.
 E3.4.5. Negocia contrato de saúde com o adolescente.

(DR, 2018; DR, 2019)

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Local de Estágio / Duração
Apresentar a problemática do meu projeto;	- Entrevista com o chefe de serviço e com a enfermeira orientadora; - Consulta de normas, protocolos e bibliografia relevante; - Reflexão e discussão com a enfermeira orientadora de situações concretas de cuidados;	Serviço de internamento cirúrgico
Cuidar da criança em período pós-operatório e sua família com enfoque	- Valorização da expressão de emoções e necessidades da criança e sua família durante o internamento;	Duração – 5 semanas

na gestão de emoções e da informação;	- Participação nas intervenções de enfermagem à criança e sua família em contexto de cirurgia pediátrica; - Identificação de estratégias de gestão de emoções antecipatórias e reativas na criança em período pós-operatório e família; - Identificação de estratégias de distração adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança (ex.: brincar, desenhar); - Preparação da criança para procedimentos terapêuticos (ex.: pensos, punção venosa, remoção de material de sutura, drenos); - Realização de atividades com as crianças e sua família para a expressão e gestão das emoções em período pós-operatório (ex. brincar);	
Cuidar da criança em contexto pós-operatório e sua família, gerindo a dor com recurso a cuidados não traumáticos;	- Avaliação, prevenção e alívio da dor utilizando uma escala adequada à idade e recurso a cuidados não traumáticos; - Utilização de estratégias e atividades lúdicas para minimizar a dor e as emoções negativas (ex.: brincar, expressão criativa, jogo dramático); - Aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor na criança no período pós-operatório;	
Desenvolver competências para uma comunicação eficaz com a criança e sua família em período pós-operatório;	- Validação de conhecimentos e reforço de ensinamentos antecipatórios; - Utilização de estratégias de comunicação com a criança e sua família de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento;	

	- Identificação da necessidade da gestão recíproca das emoções e da informação e consequente elaboração de reflexão;	
Promover o regresso a casa da criança e sua família, de uma forma segura e informada;	- Elaboração de <i>check-list</i> de preparação para o regresso a casa, com enfoque na identificação de necessidades informativas da criança e família; - Preparação da alta para o domicílio, validando conhecimentos e fornecendo suporte informativo; - Conclusão da elaboração de algoritmo de atuação tendo em conta a gestão recíproca das emoções e da informação no período pós-operatório, aplicação e avaliação com o contributo de grupo de enfermeiros; - Elaboração de reflexão acerca da aplicação do algoritmo de atuação em enfermagem acerca da gestão recíproca das emoções e da informação; - Elaboração de sessão de formação à equipa sensibilizando para a gestão recíproca das emoções e da informação, apresentação do algoritmo sustentado em evidência científica;	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aces Oeste Sul. (2017). *Manual de Acolhimento para Enfermeiros*. Direção de Enfermagem.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1 (16), 11-28.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison Wesley.
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, M. & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, (1), 1-11.
- Broering, C. & Crepaldi, M. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paideia*, 18 (39), 61-72.
- Bry, K., Bry, M., Hentz, E., Karlsson, H., Kyllonen, H., Lundkvist, M., & Wigert, H. (2015) Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Pædiatrica*, 105, 397–406.
- Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian. (2018). *Caracterização do CRPCCG*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2018). Acedido a 30/9/2018. Obtido de: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/os-nosso-valores>.
- Centro Hospitalar do Oeste. (2017). *Relatório e Contas 2016*. Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Centro Hospitalar do Oeste.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A Primeira arte da vida* (2ªed). Loures: Lusociência.
- Diaz, Z., Caires, S. & Correia, S. (2016). Necessidades e Preocupações de Pais de Bebés Internados numa Unidade de Neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (2), 236-252.
- Diaz, Z., Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 85-93.
- Diogo, P. & Baltar, P. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante. *Padrões de Qualidade em Saúde Mental*, 149-159
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta

- Diogo, P. (coord). (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Sousa, O. L., Rodrigues, J., Caeiro, M. J. & Fonseca, R. (2016a). Diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada. *Investigação Qualitativa em Saúde* (2), 513-523.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com Competência Emocional na Gestão dos Medos de Crianças em Contexto de Urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016b). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08/02/2017. Obtido de: https://www.google.com/search?source=hp&ei=o5-sW6njLMzYwAKX75HICA&q=norma+isbar&oq=norma+isbar&gs_l=psy-ab.3..0j0i22i30k1l5j0i22i10i30k1j0i22i30k1l3.847.3248.0.3713.12.9.0.0.0.763.1163.4-1j0j1.2.0...0...1c.1.64.psy-ab..10.2.1162.0..0i67k1.0.ZTgwwwQHQA
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (5ª edição, pp 163-183)*. Loures: Lusociência.
- Frello, A. & Carraro, T. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (3), 514-521
- Grupo Português de Triagem. (2015). Acedido a 1/10/2018. Obtido de: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals*. Bethesda. Acedido a 27/09/2018. Obtido de: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido a 30/9/2018. Obtido de: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lima, A., Santos, R., Silva, S. & Lahm, J. (2013). Sentimentos Maternos Frente à Hospitalização de um Recém-nascido na UTI Neonatal. *Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba*, 15 (4), 112-115
- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Martins, J., Nascimento, E., Geremias, C., Schneider, D., Schweitzer, G. & Neto, H. (2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev. Eletr. Enf.*, 10 (4), 1091-1191.
- Melo, H., Araújo, S., Santos, V., Veríssimo, A., Alves, E. & Souza, M. (2012). O Ser-Enfermeiro em Face do Cuidado à Criança no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca. *Esc Anna Nery*, 16 (3), 473-479.
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 113-121.
- Neil, R. M. (2004). Jean Watson Filosofia e Ciência do Cuidar. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (5ª edição, pp 163-183)*. Loures: Lusociência.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model (5ª ed.)*. Boston: Pearson.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no Controlo da dor na Criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Edmanan, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 137-146.
- Sampaio, C., Ventura, D., Batista, I. & Antunes, T. (2009). Sentimento dos Acompanhantes de Crianças Submetidas a Procedimentos Cirúrgicos: Vivências no Perioperatório, *Rev. Min. Enferm*, 13 (4), 558-564.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed, pp 1025-1060)*. Loures: Lusociência
- Serviço de Urgência Pediátrica (2012). *Compromisso de garantia do cumprimento dos direitos dos clientes*. Lisboa: Hospital de Santa Maria.

- Shields, L. MD., Zhou, H. MCN., Taylor, M. B., Hunter, J. BM., Munns, A. RN., Watts, R. AM. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies. *JBI - Library of Systematic Reviews*, 10(39), 2559-2592.
- Silva, L., Tacla, M. & Rossetto, E. (2010). Manejo da Dor Pós-operatória na Visão dos Pais da Criança Hospitalizada. *Esc Anna Nery Rer Enferm*, 14 (3), 519-526.
- United Nations Children's Fund. (2004). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Assembleia Geral das Nações Unidas.
- Vieira, M. & Whitaker, M. (2016). O Cuidado à Criança Após a Alta Hospitalar. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 1 (3), 1-11.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.
- Zengerle-Levy, K. (2004). Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing*, 2 (3), 226-231.

Apêndice III - Tópicos de Orientação para Observação das Práticas



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

Relatório de Estágio

Tópicos de Orientação Para
Observação das Práticas

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Fevereiro, 2019

NOTA INTRODUTÓRIA

Cuidar é uma arte, está na origem de todos os conhecimentos, de toda a cultura, gera e regenera a vida, mobilizando uma diversa extensão de gestos e palavras (Collière, 2003). Para cuidar, os enfermeiros devem dialogar, refletir, analisar e identificar aspetos relevantes para a situação daquele cliente, por forma a elaborar um plano de cuidados em conjunto com o mesmo (Hesbeen, 2000). A arte do cuidar transpessoal em enfermagem, é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da coparticipação de nós próprios. A união dos sentimentos e comunicação no cuidar é relevante, sendo que o cuidar transpessoal torna acessível à pessoa um sentido de humanismo (Watson, 2012).

Compreendendo as premissas do cuidar, e atendendo a que a hospitalização programada ou não tem sempre consequências na vida de uma família, gerando por vezes, instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar podendo potenciar a crise (Jorge, 2004), torna-se importante cuidar a criança e sua família tendo em conta o processo de hospitalização, e atender à gestão recíproca das emoções e da informação. Como referem Pereira et al. (2010), os cuidados de enfermagem devem dar relevância às experiências emocionais e estratégias para o conforto, facilitando a gestão emocional da criança e família. Como afirma Hesbeen (2000), os enfermeiros devem despende de tempo e dar informação aos clientes, mostrar-se sensíveis e atentos às perguntas, não mentir, informar os clientes e suas famílias acerca dos cuidados, responder às suas questões e necessidades, prevendo, reconhecendo e interpretando necessidades e preocupações. A evidência científica revela que a informação e o ensino constituem uma estratégia de enfermagem que facilita a gestão emocional dos clientes, promovendo um maior sentimento de controlo sobre a vivência, e antecipando o desconhecido (Diogo, 2015). Assim, é perceptível o quanto a gestão emocional e a gestão de informação se encontram reciprocamente interligadas, pois a adequação da informação às necessidades individualizadas de cada cliente, contribui não só para aumentar a sua satisfação, adesão ao tratamento, redução de sintomas psicológicos como a ansiedade e diminuição do tempo de recuperação (Santos et al., 2010). Também Ercan (2003), refere que se o cliente não tem informação suficiente para perceber o que se está a passar pode ficar emocionalmente sobrecarregado, emoções como medo, ansiedade e raiva pode tornar o cliente incapaz de colaborar nos procedimentos, sendo que a previsibilidade aumenta as capacidades de lidar com a situação. A evidência reforça a importância

da abordagem desta problemática acerca da gestão recíproca das emoções e da informação, inerente à intervenção de enfermagem.

Assim, a intervenção de enfermagem visa melhorar a prestação de cuidados à criança e sua família, prevenir picos de emocionalidade intensa, potenciando o sentimento de controlo através da preparação para procedimentos e fornecimento de informação à criança e família; tal como perspetiva a prestação de cuidados humanizados e diminuição de efeitos adversos da hospitalização, obtendo como resultados de enfermagem a satisfação das necessidades da criança e da sua família. Como refere o Diário da República (DR) (2015), o enfermeiro especialista deve procurar empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança, utilizando técnicas apropriadas à idade e ao desenvolvimento; o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento e parceria nos cuidados, capacitação e negociação; a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções; e a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio e controlo da dor.

A elaboração destes tópicos de orientação para observação das práticas, foram construídos tendo em conta a evidência científica disponibilizada acerca da comunicação com a criança e sua família, diminuição dos medos, gestão das emoções, gestão da informação e estratégias não farmacológicas de alívio e controlo da dor. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013) a experiência de dor nas crianças está muitas vezes associada ao medo e ansiedade, fatores que por si dificultam a avaliação da dor e a tomada de decisão dos profissionais quanto à intervenção a adotar. Um dos princípios para o efetivo controlo da dor, é dar informação à criança de forma simples e exata acerca do que vai ser feito, ser honesto e ajudar a criança a fazer perguntas e a expressar sentimentos. Ressalva-se, mais uma vez a importância da gestão recíproca das emoções e da informação.

Para além do mencionado e indo ao encontro desta problemática, também se torna importante que este instrumento tenha em conta o período pós-operatório e as estratégias a adotar para minimizar os medos. Tal como refere a OE (2011a), a preparação dirigida para as necessidades identificadas em cada família pode transformar a situação de crise da cirurgia na criança, num potencial de crescimento, pela oportunidade que a família tem de se desenvolver cognitiva e emocionalmente.

Estes tópicos orientadores de observação das práticas, irão servir de instrumento de suporte às observações de situações de prestação de cuidados, para posterior análise e reflexão acerca das mesmas, sempre com o objetivo de aquisição de competências especializadas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Nome da Criança:

Idade:

Data:

Contexto de Cuidados:

Observação			Descrição da Situação (hospitalização/cirurgia/procedimentos dolorosos)
Estratégias utilizadas na comunicação			
Infância	Utilização de tom de voz calmo e tranquilo		
	Utilização do toque e abraço		
	Utilização de comunicação não verbal		
	Evitar o uso de movimentos bruscos e sons altos e severos		
	Manter os pais no seu campo de visão		
	Utilizar linguagem simples		
	Incentivar a brincadeira		
	Comunicar através do brincar		
Pré-escolar	Utilizar frases facilmente compreensíveis		
	Focalizar a comunicação na criança		
	Ser honesto		
	Não utilizar comparação com outras coisas ou pessoas		

Escolar	Utilizar comunicação não-verbal		
	Utilizar a brincadeira para comunicar		
	Perceber a vontade da criança e pedir a sua opinião sempre que possível		
	Evitar o uso de expressões indiretas		
	Fornecer informação antecipatória		
	Explicar e justificar os procedimentos		
	Contar histórias centradas na criança		
	Ser honesto nas respostas		
	Dar espaço e oportunidade da criança explorar o meio		
	Facilitar expressão de sentimentos, medos e vontades		
Adolescentes	Falar inicialmente com os pais se a criança apresenta vergonha		
	Respeitar as suas crenças e opiniões		
	Não impor valores		
	Respeitar e proporcionar privacidade e confidencialidade		
	Incluir o adolescente na entrevista		

	Proporcionar tempo ao adolescente e ouvi-lo		
	Encorajar a expressão de ideias e sentimentos		
	Reforçar aspetos positivos		
	Evitar julgamentos críticos e perguntas de “terceiro grau”		
Família	Encorajar os pais a falar		
	Direcionar o foco		
	Escuta e consciência cultural		
	Usar o silêncio		
	Ser empático		
	Fornecer orientação antecipatória		
	Evitar bloqueio à comunicação		
	Comunicar com famílias através de um intérprete caso necessário		
Estratégias utilizadas para facilitar a gestão das emoções			
Gestão emocional de antecipação			
Postura calma e carinhosa			
Mostrar disponibilidade			
Preparar para procedimentos			

Fornecer explicações/informações		
Favorecer a expressão de sentimentos		
Dar reforço positivo		
Distração		
Gestão das emoções reativas		
Envolver a família nos cuidados		
Explicar e esclarecer dúvidas		
Fazer pausas		
Fomentar a esperança		
Colocar-se ao lado		
Dar carinho		
Diferenciar os momentos		
Desviar o foco de atenção		
Encorajar a restringir		
Princípios das estratégias não farmacológicas no alívio da dor		
Atenção à idade e desenvolvimento da criança		
Negociar a presença de alguém significativo		
Facilitar a segurança e proteção pelos pais		

Dar informação acerca do que irá ser realizado		
Não utilizar os procedimentos como ameaça		
Ser honesto		
Ajudar a criança a fazer perguntas e a expressar sentimentos		
Atribuir controlo sobre o tratamento		
Utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor		
Recém-nascido - Presença dos pais - Embalo, carícias - Sucção não-nutritiva - Redução do ruído - Canções de embalar - Massagem		
Idade Pré-escolar - Ouvir histórias - Brinquedo favorito - Brincadeira lúdica e terapêutica - Ouvir uma música familiar - Estratégias de relaxamento		

Idade Escolar - Técnicas de relaxamento - Respiração lenta e profunda - Massagem, leitura - Brincadeira lúdica e terapêutica - Atividade terapêutica - Modelagem		
Adolescentes - Técnicas de relaxamento - Respiração lenta - Camisola favorita, ouvir música, fotos, facultar o telefone - Diário, relatório pessoal, escrita e desenho		
Período pós-operatório		
Existência de preparação pré-operatória		
Apoiar os pais quando chegam perto do filho		
Informar sobre o estado da criança		
Providenciar brinquedo/objeto significativo		
Analisar a percepção da cirurgia na perspectiva da criança		
Utilizar estratégias de apoio para ideias e emoções referentes à cirurgia		
Validar conhecimentos		

Reforçar ensinios antecipatórios			
Preparar a criança e família para procedimentos terapêuticos (ex: pensos, cateterização venosa, drenos, colheitas de sangue)			
Proporcionar estratégias de distração adequadas à idade e desenvolvimento da criança			
Preparação da alta			
Existência de consulta pós-alta			
Estratégias utilizadas para lidar com os medos			
0-6 meses	- Esclarecer dúvidas aos pais sobre o que vai acontecer; - Manter os pais na linha de visão do lactente; - Tocar e dar afetos; - Proporcionar relaxamento; - O olhar, o sorriso, as expressões faciais transmitem segurança e reduzem o medo; - Falar ou cantar suavemente; - Usar objetos que tranquilizem e deem segurança; - Manter rotinas diárias da criança; - Realizar procedimentos dolorosos numa sala própria no mais curto tempo possível;		

6 meses – 1 ano	- Simular os procedimentos na pessoa significativa; - Utilizar o toque terapêutico antes da cirurgia ou procedimentos dolorosos; - Usar a distração com brinquedos de cores vivas; - Utilizar música ou instrumentos musicais; - Proporcionar sensações corporais de conforto, segurança e contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo;		
1 aos 3 anos	- Informar os pais acerca do que vai acontecer, o que a criança pode experimentar e as sensações que pode ter; - Esclarecer dúvidas dos pais; - Manter a presença da pessoa significativa; - Encorajar a participação nos cuidados da pessoa significativa; - Contenção dos movimentos de agitação; - Enfatizar a cooperação da criança, ordens simples e individuais; - Manter rotinas individuais; - Incluí-las na conversa; - Manter objetos ameaçadores fora do campo de visão; - Explicar procedimentos aos pais e à criança utilizando uma linguagem adequada; - Permitir o manuseamento de material lúdico; - Estimular a participação nos procedimentos; - Avisar quando termina o procedimento; - Utilizar a brincadeira lúdica, distração e técnicas de relaxamento;		

4 aos 6 anos	- Prepara e informar a criança e os pais em separado quando possível; - Permitir o manuseamento de <i>kit's</i>, esclarecendo dúvidas e receios; - Encorajar a participação na tomada de decisão; - Esclarecer o porquê dos procedimentos; - Manter a presença dos pais quando possível; - Elogiar a ajuda e cooperação; - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão; - Proporcionar a brincadeira lúdica; - Ensinar técnicas de relaxamento; - Utilizar técnicas de distração;		
7 aos 11 anos	- Explicar os procedimentos utilizando a terminologia científica correta; - Explicar o motivo do procedimento; - Explicar em termos concretos o funcionamento do equipamento; - Permitir o manuseamento do equipamento; - Esclarecer dúvidas; - Proporcionar privacidade; - Solicitar a cooperação da criança; - Comunicar à criança o que se espera dela; - Permitir a responsabilidade de executar tarefas simples; - Envolver na tomada de decisão; - Reforçar a autoestima; - Utilizar a brincadeira lúdica; - Ensinar técnicas de relaxamento; - Usar técnicas de distração;		

12 aos 18 anos	- Garantir a privacidade; - Ser tratado em separado dos pais; - Ser envolvido na tomada de decisão; - Encorajar a expressão de sentimentos e ideias; - Explicar os procedimentos e as razões pelas quais são necessários; - Explicar as consequências dos procedimentos a longo prazo; - Estimular o questionamento acerca dos seus medos; - Sugerir métodos de manutenção do controlo; - Ensinar técnicas de relaxamento; - Usar técnicas de distração;		
Estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação			
Fornecer informação como estratégia para promover o autocontrolo e tranquilidade			
Dar informação relacionada com os procedimentos dolorosos ou cirurgia			
Perceber a relação entre nível de informação satisfatório e menor experiência de dor			
Perceber a informação relacionada com menor ocorrência de medos			
Perceber que bons níveis de informação estão relacionados com menores níveis de ansiedade nos pais			

Fornecer informação para desenvolver perspetivas realistas		
Fornecer informação para dar sentido ao que está a acontecer		
Fornecer informação para motivar à participação no seu próprio tratamento		
Entender a comunicação das necessidades do outro		
Fornecer informação envolve ter consciência do estado emocional da criança e família		
Dar informação envolve ter consciência das habilidades cognitivas da criança		
Dar informação envolve um ritmo, local, linguagem e terminologia claras para não induzir emoções negativas		
Permitir que a criança faça questões consoante as suas necessidades, sentimentos e preocupações		
Perceber que se não for fornecida a informação necessária para a criança, ela pode ficar sobrecarregada emocionalmente		
Fornecer informação estimula a previsibilidade e aumenta a capacidade para lidar com o <i>stress</i> /emocionalidade intensa		
Dar informação de forma clara e sem equívocos e ansiedade		

Dar informações adequadas à criança e família para reduzir <i>stress</i> e ansiedade e intensificar sentimento de preparação e segurança		
Dar informação atendendo a experiências anteriores		
Perceber que a falta de informação limita a participação da família e aumenta o sentimento de insegurança		
Ser sensível às emoções e atribuir significados às suas observações, fornecendo informações		
Fornecer informações usando abordagem solidária e inclusiva, promovendo emoções positivas		
Fornecer informação objetiva e concreta facilita o confronto com situações <i>stressantes</i>		
Dar informação diminui o grau de discrepância entre o esperado e o vivido		
Não dar demasiada informação, nem informação muito complexa de uma só vez, é preferível fornecer informação nova à medida que a criança vai questionando		
Se possível fornecer informação acompanhada de material escrito, filmes ou vídeos		
O fornecimento de informação deve ser um processo continuado numa relação aberta, em que a informação vai sendo repetida, acrescentada ou corrigida e em que pais e crianças tenham a possibilidade de esclarecer dúvidas		

A informação deve centrar-se naquilo que é importante para a criança		
Elaboração de registos de enfermagem		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A Primeira arte da vida* (2ªed). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ercan, S. (2003). Relationship Between Psychological Preparation, Preoperative and Postoperative Anxiety, and Coping Strategies in Children and Adolescents Undergoing. Graduate School of Social Sciences Tese de Mestrado. Turquia.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed., pp 122-187). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Masaajari, H., Sarajarvi, A., Koskinen, H., Autere, S. & Paavilainen, E. (2005). Patients'Perceptions of Emotional Support and Information Provided to Family Members. *AORN JOURNAL*, 81 (5), 1030-1038
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de

Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.

Sarajärvi, A., Haapamäki, M. L. & Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Council of Nurses*, 53, 205-210.

Schmitz, S. M., Piccoli, M. & Viera, C. S. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. *Ciência Cuidado e Saúde*, 2 (1), 67- 73.

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

Apêndice IV – *Kit Sem Dor*



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

Relatório de Estágio

Kit Sem Dor

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Outubro, 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

Inerente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, está a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

É fundamental a abordagem dessas estratégias em ambiente de urgência de pediatria, tornando-se essencial para a aquisição de competências, perceber quais as intervenções que aumentam o sentimento de controlo da dor, e a promoção de maior autonomia da criança e da sua família. Por sua vez, este sentimento de controlo e a maior autonomia da criança encontra-se relacionado com a gestão recíproca das emoções e da informação. Tal como refere a OE (2011), existem medos e ansiedades que variam de criança para criança, contudo existem fatores geradores de *stress* comuns a todas elas, sendo eles a perda de controlo, alteração de rotinas, a incerteza e a dor provocada por procedimentos. Atendendo a isto, expondo Pereira et al. (2010) percebem-se as emoções como fundamentais na vida de qualquer pessoa, daí que seja fulcral para a criança uma eficaz gestão das mesmas, no sentido de desenvolver e mobilizar mecanismos de *coping* face à situação que está a vivenciar. Sustentando a problemática a OE (2011) refere que, a transmissão de informações verdadeiras em linguagem adequada ao desenvolvimento da criança reduz o nível de ansiedade e medo acerca dos procedimentos a realizar. Quanto à família, também é afirmado pela OE (2015) que a informação proporciona aos pais algum controlo, sobre a situação para a qual experimentam menos poder e incerteza, sendo de extrema importância que a intervenção de enfermagem promova a adaptação dos pais à doença, valide a informação e os assista no sofrimento. Comprova-se assim, através da evidência científica esta importante relação recíproca entre a gestão das emoções e da informação.

Salienta-se o objetivo da prestação de cuidados humanizado e de qualidade à criança e sua família, tal como refere Bastos (2009) a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem precisa de toda a nossa atenção. Assim, é compreensível que o controlo da dor permite um maior sentimento de controlo, e atenua a ansiedade e medo. A preparação e a informação disponibilizada pelo enfermeiro contribuem para a gestão de emoções, destacando-se a pertinência da gestão recíproca das emoções e da informação.

Atendendo ao referido, e percebendo que esta é uma necessidade atual das crianças que utilizam a sala de observação (SO) e da sala de tratamentos no serviço de urgência de pediatria, surge a oportunidade de elaboração do *Kit Sem Dor*. Na sala de tratamentos são prestados cuidados a crianças e suas famílias que necessitam de intervenções de enfermagem, muitas vezes causadores de dor aguda. Na SO são prestados cuidados a crianças e suas famílias com diversas necessidades, nomeadamente intervenções direcionadas à dor, procedimentos dolorosos, ou procedimentos associados a cirurgia. A elaboração deste *Kit* teve também em conta uma necessidade manifestada pela equipa, almejando futuramente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados neste contexto. Deste modo, entendi que com a elaboração desta atividade poderia melhorar a qualidade dos cuidados prestados neste contexto, e simultaneamente desenvolver competências de enfermeiro especialista neste âmbito.

Para melhor se perceber a pertinência deste trabalho no meu percurso individual, é ainda de salientar que por vezes também são internadas em SO crianças e famílias que iram ser submetidas a cirurgia e que, conseqüentemente aqui realizam a preparação pré-operatória. Ainda há a referir, que a grande maioria das vezes regressam à SO no período pós-operatório imediato, onde poderão experimentar emocionalidade intensa e dor. Assim, a elaboração deste *Kit* foi pensada como uma das estratégias não farmacológicas para alívio da dor, não só nos procedimentos causadores de dor aguda, mas também em situação de cirurgia.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A dor nas crianças tem algumas características que devem ser tidas em conta, tal como a compreensão, avaliação e tratamento. Evidência científica demonstra que a dor pode ser percebida de diversas formas e desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras (OE, 2013). Há também que ter em atenção, que o medo e a ansiedade das crianças e dos seus pais, são condicionantes que agravam a dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contato com os serviços de saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

O controlo da dor nas crianças em procedimentos invasivos deve obedecer a algumas orientações, nomeadamente planear e agrupar os procedimentos invasivos reduzindo o seu número; preparar e informar previamente as crianças sobre os procedimentos utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo; preparar, informar e instruir os pais acerca da sua conduta de forma a potenciar o apoio à criança; avaliar a dor, antes e após o procedimento; selecionar as intervenções não-farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas e considerar nos lactentes, o uso de contenção, amamentação ou sacarose com sucção não-nutritiva (DGS, 2012).

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, isoladamente ou em conjunto, com as intervenções farmacológicas. São várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança, a sua escolha depende dos meios existentes em cada local, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor, do contexto e das suas características (OE, 2013).

Tal como referido pelo Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2008), as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo. Indo ao encontro a isto, a filosofia dos cuidados não traumáticos tem por objetivo a utilização de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico sentido pela criança e família, promovendo uma sensação de controlo, minimização da lesão corporal e da dor (Hockenberry & Barrera, 2014).

Assim, é importante atender a alguns princípios que garantam os direitos da criança para o efetivo controlo da dor, tais como: ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo; negociar a presença de alguém significativo; facilitar

a segurança e proteção pelos pais; permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar; sempre que possível assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a família já tem uma relação de confiança; dar informação à criança de forma simples e exata acerca do que irá ser feito; nunca utilizar procedimentos como ameaça; ser honesto; ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos; não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso; não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada; ajudar a criança a participar no controlo da sua dor; atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento; dar *feedback* positivo; permanecer junto da criança após um procedimento doloroso; planejar os cuidados de forma a manipulá-lo o menor número de vezes e agrupar os procedimentos dolorosos de forma a que sejam feitas com analgesia (OE, 2013).

Valorizando a evidência científica disponível na OE, mais especificamente no seu Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança 2013, a constituição deste *Kit Sem Dor* foi baseada em algumas das estratégias não farmacológicas descritas, tais como a sucção não-nutritiva, a sacarose a 24% e o “*Kit Sem Dói-Dói*” destinado à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade das crianças e da sua família, durante a hospitalização e a cirurgia, tal como também diminuir a dor associada aos procedimentos. A utilização dos materiais do *kit* permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada a procedimentos, e estimula a cooperação e a criatividade através do ato de brincar.

CONSTITUIÇÃO DO KIT SEM DOR

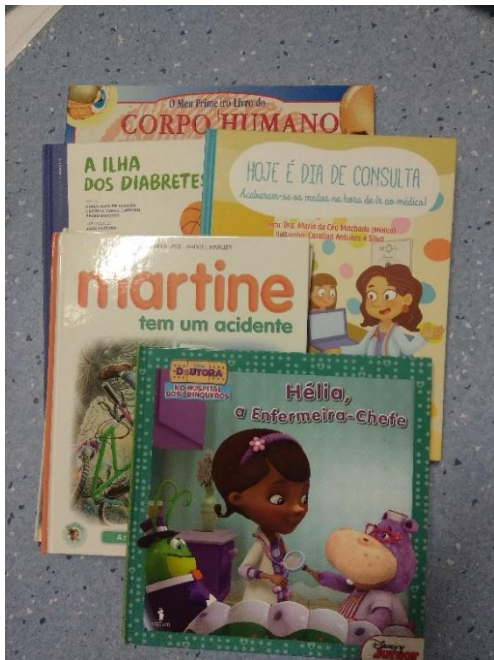
Idade	Material didático e terapêutico	Estratégia não farmacológica
0-12 meses	• Roca; • Máscara, barrete, sistema de soro; • Pensos; • Chucha (sucção não-nutritiva); • Sacarose;	Exploração de objetos que proporcionem sensações de movimento, auditivas, visuais ou táteis; Simulação de procedimentos associados à cirurgia, ou a procedimentos dolorosos;
1-3 anos	• Boneco para servir de modelo; • Material de penso, ligaduras e adesivo; • Pensos; • Livro (Hélia, a Enfermeira-Chefe); • Lápis de cores e papel para desenho; • Bolas de sabão;	Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer; Contar histórias acerca de situações vividas ou a experimentar; Arteterapia através do desenho e da pintura; Relaxamento através de exercícios respiratórios;
4-6 anos	• Boneco para servir de modelo; • Compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, frasco e sistema de soro; • Pensos; • Livro (A Anita no Hospital); • Livro (Uma Aventura no Bloco Operatório); • Lápis e papel para desenhos; • Livros de pintar; • Diplomas de bom comportamento; • Bolas de Sabão;	Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar; Distração através da percepção visual; Arteterapia através de desenho e pintura; Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação;
7-11 anos	• Livro (O Corpo Humano); • Livro (A Ilha dos Diabretes); • Livro (Hoje é Dia de Consulta); • Compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, cateter; • Bolas coloridas anti-stress; • Bolas de Sabão;	Explicação e demonstração de procedimentos; Manipulação de material didático; Visualização de partes do corpo envolvidas nos procedimentos; Leituras; Distração; Relaxamento através dos exercícios respiratórios;
12-18 anos	• Material clínico para demonstração; • Cartas (Uno); • Livro (1001 Piadas Fixes); • Bolas coloridas antistress;	Explicação e demonstração de procedimentos; Leitura, distração e humor; Relaxamento através de exercícios respiratórios;

IMAGENS DO KIT SEM DOR



Idade	Materiais do livro e Instrumentos	Atividade das Aprendizagens
3-12 meses	• Bola • Manta, lençol, tecido de algodão • Caneta • Chaleco (algodão 100% algodão) • Bateria com fio	Estimulação do olfato (com pipocadas, sementes de amendoim, azeitonas, vinhos, toalha) e tato (com pedras, pedacinhos de papel, madeira, plástico, vidro, etc.) Estimulação do movimento (com o auxílio da música, objetos, brinquedos, etc.)
1-3 anos	• Livro com 12 páginas de imagens de objetos • Tênis (plástico e feltro) • Chaleco • Lápis de cor e papel (A4) • Lápis de cor	Estimulação do tato (com pedras, pedacinhos de papel, madeira, plástico, vidro, etc.) Estimulação do movimento (com o auxílio da música, objetos, brinquedos, etc.)
4-6 anos	• Bateria com fio de madeira • Caneta • Chaleco • Lápis de cor e papel (A4) • Lápis de cor • Livro com 12 páginas de imagens de objetos • Tênis (plástico e feltro) • Chaleco • Lápis de cor e papel (A4) • Lápis de cor	Estimulação do tato (com pedras, pedacinhos de papel, madeira, plástico, vidro, etc.) Estimulação do movimento (com o auxílio da música, objetos, brinquedos, etc.)
7-11 anos	• Livro com 12 páginas de imagens de objetos • Tênis (plástico e feltro) • Chaleco • Lápis de cor e papel (A4) • Lápis de cor	Estimulação do tato (com pedras, pedacinhos de papel, madeira, plástico, vidro, etc.) Estimulação do movimento (com o auxílio da música, objetos, brinquedos, etc.)
12-18 anos	• Livro com 12 páginas de imagens de objetos • Tênis (plástico e feltro) • Chaleco • Lápis de cor e papel (A4) • Lápis de cor	Estimulação do tato (com pedras, pedacinhos de papel, madeira, plástico, vidro, etc.) Estimulação do movimento (com o auxílio da música, objetos, brinquedos, etc.)





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina – proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Direção Geral de Saúde (2012). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor. Acedido a 10/10/2018. Obtido de: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido a 1/10/2018. Obtido de: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série I, 2(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série I, 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização*. Série I, 8. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.

APÊNDICE

Apêndice I – Instruções de Constituição do *Kit*

Urgência Pediátrica

Kit Sem Dor

9ºCMESIP Liliana Martinho
EEESIP 

Constituição do *Kit sem Dor*

Idade	Material didático e terapêutico	Estratégia não farmacológica
0-12 meses	• Roca; • Máscara, barrete, sistema de soro; • Pensos; • Chucha (sucção não-nutritiva); • Sacarose;	Exploração de objetos que proporcionem sensações de movimento, auditivas, visuais ou táteis; Simulação de procedimentos associados à cirurgia, ou a procedimentos dolorosos;
1-3 anos	• Boneco para servir de modelo; • Material de penso, ligaduras e adesivo; • Pensos; • Livro (Hélia, a Enfermeira-Chefe); • Lápis de cores e papel para desenho; • Bolas de sabão;	Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer; Contar histórias acerca de situações vividas ou a experimentar; Arteterapia através do desenho e da pintura; Relaxamento através de exercícios respiratórios;
4-6 anos	• Boneco para servir de modelo; • Compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, frasco e sistema de soro; • Pensos; • Livro (A Anita no Hospital); • Livro (Uma Aventura no Bloco Operatório); • Lápis e papel para desenhos; • Livros de pintar; • Bloco de diplomas de bom comportamento; • Bolas de Sabão;	Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar; Distração através da percepção visual; Arteterapia através de desenho e pintura; Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação;
7-11 anos	• Livro (O Corpo Humano); • Livro (A Ilha dos Diabretes); • Livro (Hoje é Dia de Consulta); • Compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, catéter; • Bolas coloridas anti-stress; • Bolas de Sabão;	Explicação e demonstração de procedimentos; Manipulação de material didático; Visualização de partes do corpo envolvidas nos procedimentos; Leituras; Distração; Relaxamento através dos exercícios respiratórios;
12-18 anos	• Material clínico para demonstração; • Cartas (Uno); • Livro (1001 Piadas Fixes); • Bolas coloridas antistress;	Explicação e demonstração de procedimentos; Leitura, distração e humor; Relaxamento através de exercícios respiratórios;

Elaborado por:
9ºCMESIP Liliana Martinho
EEESIP

Apêndice V – Diploma de Bom Comportamento



Diploma

Certifico que

merece este diploma pela sua coragem e bom comportamento!



Assinado pela enfermeira:



Apêndice VI – Entrevista a Perito



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

Relatório de Estágio

Entrevista a Perito

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Outubro, 2018

ENTREVISTA A PERITO

Local: Serviço de Urgência Pediátrica

Data: 2/10/2018

Entrevistada: Enfermeira Perita

Objetivos:

- Perceber a importância da comunicação eficaz na equipa de saúde, visando a melhoria da segurança na prestação de cuidados;
- Entender as estratégias implementadas na consecução do projeto implementado;
- Compreender quais os resultados atingidos.

Introdução: Um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, consiste em melhorar a segurança da prestação de cuidados. Para que isso aconteça, um dos objetivos estratégicos é o aumento da segurança da comunicação, por forma a que a transmissão de informação seja oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e perceptível (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

Os cuidados seguros baseiam-se na implementação da comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados aos clientes. Deve ser cumprido o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, de forma a contribuir para a redução de erros e lacunas na transmissão dessa mesma informação. Os erros de comunicação entre profissionais estão relacionados com as omissões de informação, erros da própria informação, falta de precisão e falta de priorização (DGS, 2017). Como referem Nogueira e Rodrigues (2015), é fundamental que se executem programas estruturados para o treino da comunicação, de forma a proporcionar melhorias no desempenho da equipa.

Para que se implemente uma comunicação eficaz na saúde tem de existir conhecimento, competência e empatia, e muitas vezes esta competência tem de ser apreendida e praticada. Assim sendo, uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de um instrumento que promova a sua uniformização e implementação. A ferramenta de padronização de comunicação ISBAR contribui para uma atempada tomada de decisão, estimula o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a integração de novos profissionais (DGS, 2017).

Com a implementação do ISBAR existe redução de risco de dano em todos os momentos de transferência de responsabilidade dos cuidados, quer entre os cuidados de saúde primários, quer na transição intra e inter instituições. A salientar que “são momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente, os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação (...)” (DGS 2017, p. 4/8).

A mnemónica ISBAR permite memorizar de forma simples construções complexas. A letra “I” corresponde à identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (quer emissor, recetor e clientes). A letra “S” diz respeito, à descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde. O “B” reporta-nos aos antecedentes, ou seja, a fatos clínicos e de enfermagem relevantes. A letra “A” é de avaliação e pretende abarcar as informações acerca do estado de saúde do cliente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, estratégias de tratamento e alterações do estado de saúde significativas. Por último, o “R” compreende as recomendações acerca das atitudes ou plano terapêutico adequado à situação clínica do cliente.

Atendendo a isto, estudos recentes referem que as competências comunicacionais devem ser entendidas como parte integrante da formação dos profissionais de saúde, tal como as competências de ordem técnica e clínica (Santos et al., 2010).

A enfermeira perita implementou o projeto ISBAR neste contexto de prestação de cuidados. Assim, compreende-se a pertinência da realização da mesma no meu percurso, ambicionando o desenvolvimento de competências especializadas. Salienta-se a autorização para gravação da entrevista, sendo de seguida transcrita e analisada.

ENTREVISTA

➤ **1. Como surgiu a necessidade de integrar e aplicar o projeto neste serviço?**

R: “A necessidade surgiu devido ao fato de ser um serviço de urgência, onde nós fazemos muitas transferências, tanto de doentes, como de informação clínica dos doentes, e aquilo que acontecia é que não existia uma ferramenta estruturada que servisse de base à comunicação. Portanto cada elemento da equipa fazia transferência de informação de maneira diferente, e muitas vezes existiam lacunas na transferência dessa informação. Desta forma, o fato de arranjar uma ferramenta que uniformizasse a transferência de informação permitiu que a equipa comunique da mesma forma”.

➤ **2. Encontrou dificuldades à sua aplicação? Como operacionalizou o projeto?**

R: “Sim encontrei, claro que encontrei dificuldades. Nós somos uma equipa pequena, que foi sofrendo muitas mudanças com algumas baixas na equipa, com algumas entradas de pessoas novas no serviço e isso são sempre algumas dificuldades. A mudança é sempre por si uma dificuldade apesar da equipa estar recetiva ao desenvolvimento deste projeto, porque era uma necessidade também da equipa ter este tipo de ferramenta. Mas existiram alguns pontos de discórdia, ou seja esta mnemónica é composta por alguns itens que causaram discórdia, algumas pessoas não concordavam com eles, e portanto isso foram sempre pontos de dificuldade, mas também pontos que tornaram este projeto um projeto mais...um projeto de serviço, é isso que eu lhe chamo, porque as pessoas envolveram-se, pensaram sobre isso, pensaram no tema, discutiram sobre o tema, foram à procura de mais, e por vezes geraram-se aqui uns debates sobre a utilização da mnemónica e portanto acho que foi muito interessante.

A operacionalização do projeto passou essencialmente por uma fase de planeamento do mesmo, o planeamento foi essencial nas atividades que deviam ser desenvolvidas para o conseguir implementar, a execução dessas atividades e a avaliação constante daquilo que ia sendo feito, e o envolvimento da equipa...porque este sendo um projeto de serviço não teria sido possível se não houvesse envolvimento dos diversos elementos e também de membros referência nas equipas,

ou seja, elos de ligação que iam reforçando a importância da utilização desta técnica e que iam também incentivando a que as pessoas estivessem mais receptivas à mudança das suas práticas”.

➤ **3. Que mudanças ocorreram no serviço com o uso desta metodologia de comunicação?**

R: “A mudança a nível de serviço não foi uma volta de 360º, foi um ajuste, uma vez que nós já seguíamos alguma da mnemónica do ISBAR. Ou seja, nós não mudamos a forma como fazemos a transferência de informação, nós reorganizamos um bocadinho mais a forma como dizemos as coisas, foi mais por aí, e acho que isto facilitou a implementação do projeto. Foi mais um reorganizar de ideias e o tomar consciência de que fazíamos as coisas de determinada forma. Nós à medida que as pessoas iam integrando o serviço iam aprendendo umas com as outras e, portanto, já havia uma base semelhante ao ISBAR, nós o que fizemos foi tomar consciência de que utilizávamos realmente essa técnica por essa ordem. Portanto, a mudança que ocorreu foi efetivamente essa tomada de consciência e uma maior fundamentação científica daquilo que era a linguagem utilizada pelos profissionais.

Algo que mudou com a implementação do projeto foram as folhas para a passagem de turno, que agora estão organizadas com a mnemónica ISBAR pois torna-se mais fácil porque se cria uma expectativa acerca da informação que vamos receber...o que acontecia?...muitas vezes estávamos na passagem de turno e o colega ainda estava a transmitir informação e nós já estávamos a perguntar...então...e isto?...já fez isto?...e às vezes existiam algumas quebras na passagem de informação, porque se perdiam pequenas informações pois havia uma pergunta a meio do discurso. O que acontece agora é que com o ISBAR nós temos uma expectativa, nós sabemos que determinada informação é passada em determinado momento e isso dá-nos “*timings*” e, portanto, nós estamos todos a pensar da mesma forma e com as mesmas expectativas”.

➤ **4. Observou-se melhoria na segurança do cliente? Como tem avaliado os resultados obtidos?**

R: “Sim efetivamente observou-se uma melhoria a nível da segurança do cliente uma vez que esta ferramenta diminui o número de lacunas na transferência de informação,

e se há menos perda de informação importante durante a transferência de um doente, há um aumento da sua segurança porque diminui a probabilidade da ocorrência de erro.

Estas avaliações são feitas através de auditorias, até agora foi realizada somente uma ação de auditoria, portanto no âmbito da formação de mestrado que eu estive a fazer, e também do *Siadap*, mas aquilo que está preconizado é que haja ações de auditoria semestrais”.

➤ **5. Em situações de maior complexidade é perceptível uma diminuição de erro na transferência do cliente?**

R: “Sim, sim, sim, isso é. Tanto nas transferências de maior complexidade como nas transferências de menor complexidade. Portanto o ISBAR é utilizado em qualquer tipo de situação e pode ser empregue por qualquer profissional, enfermeiros, os médicos, os TAE’s que nos transferem muita informação dos doentes, nomeadamente em situações críticas na sala de reanimações”.

➤ **6. Qual a frequência de formação em serviço para formação dos profissionais?**

R: “Portanto a formação, aquilo que está preconizado é que seja também ela realizada semestralmente, portanto é feita a avaliação com a *check-list*, é feita a auditoria, são identificadas quais as áreas que carecem de melhoria e depois é feita essa formação, tendo em conta as áreas que precisam de ser melhoradas. Mas agora com a entrada de novos elementos no serviço essa formação vai ser sempre feita à medida que vai havendo necessidade, para que as pessoas possam também estar todas atualizadas, fazer todas da mesma forma e compreender o ISBAR”.

➤ **7. Considera a comunicação uma ferramenta importante nas intervenções de enfermagem?**

R: “Sim eu considero que sim, acho que a comunicação é a base da prestação de cuidados, porque é ela que nos permite estabelecer relações com os doentes, neste caso com as crianças e com as suas famílias. É através da comunicação que nós

conseguimos assegurar a continuidade dos cuidados que prestamos. Já diversos autores têm vindo a estudar a comunicação, nomeadamente os erros na comunicação, as lacunas e o quão importante é estabelecer uma comunicação que seja eficaz. Quando esta não existe com as famílias a relação terapêutica é posta em causa e quando ela não existe entre profissionais a segurança do doente é posta em causa.

As grandes lacunas de informação muitas vezes podem implicar o risco de eventos adversos, e mesmo a morte do doente como já foi estudado por diversos autores. Portanto acho que sim, acho que a comunicação é a base dos cuidados e que os profissionais devem estar cada vez mais despertos para a sua importância e ver a comunicação como uma importante ferramenta de trabalho, e as vezes voltar um pouco a repensar aquilo que são as bases do curso de Enfermagem e pensar nos IBE's, os instrumentos básicos em enfermagem, um deles é a comunicação, e portanto acho que devemos sempre relembrar aquilo que são fundamentos de Enfermagem e relembrar que essa é uma das ferramentas que nós temos enquanto enfermeiros".

ANÁLISE DA ENTREVISTA

Perspetivando a compreensão e apropriação da mnemónica ISBAR utilizada no serviço de urgência pediátrica, senti necessidade de realizar uma entrevista à enfermeira perita que implementou este projeto no serviço. De acordo com Benner (2001), a enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se prender em muitas opções possíveis, de tal forma que age partindo da compreensão profunda da situação global.

Na questão 1 a enfermeira salienta a importância da implementação deste projeto no serviço de urgência, pois este é um serviço que realiza muitas transferências e consequentemente muita transmissão de informação. Assim, tal como refere a DGS (2017) a técnica ISBAR, aplica-se a todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sendo que a transmissão de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados.

Para a implementação deste projeto, segundo referido pela enfermeira existiram diversas fases, tal como o planeamento, execução (questão 2) e também avaliação (questão 6). Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013), para responder às necessidades dos projetos de enfermagem, devem ter-se em conta algumas etapas tais como: a identificação e descrição do problema, a perceção e dimensão do problema, formulação dos objetivos iniciais, perceção das causas, planeamento e execução das tarefas/atividades, verificação dos resultados, proposta de medidas corretivas e treino da equipa e o reconhecimento e partilha do sucesso.

Relativamente às mudanças que ocorreram no serviço de urgência pediátrica após implementação do projeto (questão 3), a enfermeira salientou a reorganização de ideias e o tomar consciência do que já estava a ser feito e do que faltava fazer para melhorar a comunicação. Tal como refere Silva, Claro e Mendes (2017) a aprendizagem humana, é resultado das experiências anteriores adquiridas para o ajuste de novos conceitos e modelos mentais para incluir e organizar novas experiências.

Estudos descrevem que falhas na comunicação entre equipa têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos e eventos adversos (Nogueira e Rodrigues, 2015), este também foi um aspeto salientado pela enfermeira durante a entrevista. A técnica ISBAR no serviço de urgência está relacionada com a menor

probabilidade de erro, aquando a transferência de informação. De acordo com Santos, Andrade, Guimarães e Gomes (2010) a relação de qualidade, entre profissionais de saúde e clientes na qual é desenvolvida uma comunicação eficaz, constitui um dos passos fundamentais na diminuição da probabilidade de risco, e consequentemente num aumento da segurança do cliente.

No que concerne à segurança do cliente (questão 4), a enfermeira salientou que com a menor probabilidade de erro durante a transmissão de informação, aumenta a segurança dos cuidados. Tal como refere a DGS (2017), a comunicação eficaz na transição de cuidados é necessária para melhorar a segurança do cliente e contribui para a diminuição de eventos adversos.

A última questão colocada foi acerca da importância da comunicação nas intervenções de enfermagem, a enfermeira perita considera que a comunicação é a base da prestação de cuidados, para Levetown (2008) a comunicação eficaz na prestação de cuidados de saúde é essencial para um plano de cuidados bem-sucedido. Segundo afirmam Pontes, Leitão e Ramos (2008) a comunicação é considerada como fundamental, não apenas para a identificação de sinais, sintomas e problemas físicos, mas também para o desenvolvimento de uma interação terapêutica, melhorando a qualidade da prestação dos cuidados. Para Phaneuf (2005) a comunicação é fundamental às intervenções de enfermagem e constitui-se como ferramenta base da relação de ajuda. Relacionando a comunicação, com a problemática em estudo, faço menção a Watson (2012) quando afirma que, o enfermeiro compreende e deteta sentimentos através de ações e palavras.

No decorrer da entrevista, em algumas das questões colocadas, nomeadamente na resposta à terceira questão, a enfermeira perita enfatizou o quanto a implementação do projeto se constituía um projeto de serviço acerca do qual as pessoas se envolveram e pensaram acerca do mesmo. Salienta-se assim, esta reflexão em equipa, a qual promove a tomada de consciência e melhoria das práticas. Segundo Heesben (2000) praticar a arte da Enfermagem implica partilhar e discutir, sendo que a ação reflexiva acerca das práticas tende a desenvolver novos saberes (Lopes, 2006).

A longo da entrevista, a enfermeira perita foi abordando as várias fases que se desenrolaram durante a implementação do projeto. Foi identificado o problema, planeadas e executadas as tarefas, verificados os resultados e realizado treino da equipa, pois a enfermeira mencionou que existe formação direcionada a todos os enfermeiros, especialmente para os mais novos. Estes aspetos corroboram o referido

pela OE (2013) no guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A enfermeira perita referiu que a comunicação constitui-se numa ferramenta de trabalho para os enfermeiros, quer para o estabelecimento de uma relação de cuidados com o cliente, quer entre profissionais por forma a assegurar a sua continuidade, referindo-se ainda à comunicação como um instrumento básico de enfermagem. Corroborando esta ideia Pontes, Leitão e Ramos (2008) expõem que a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem estando presente em todas as ações realizadas, sendo importante desenvolver esta competência. A competência profissional do enfermeiro envolve a competência comunicacional (Alarcão & Rua, 2005).

A realização desta entrevista permitiu-me o desenvolvimento de competências, nomeadamente das unidades de competência “A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”, “B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” e “B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (DR, 2019, p.4747-4748).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). *Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences*. Acedido a 1/10/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Acedido em 2/10/2018. Obtido de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Levetown, M. (2008). Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *American Academy of Pediatrics*, 121 (5), 1441-1460
- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Nogueira, J. W.& Rodrigues, M. C. (2015). Comunicação Efetiva no Trabalho em Equipe em Saúde: Desafio Para a Segurança do Paciente. *Cogitare Enferm*, 20 (3), 636-640.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pontes, A., Leitão, M. & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Elsevier*, 47-57.
- Silva, W., Claro, G. & Mendes, A. (2017). Aprendizagem Significativa e Mapas Conceituais. Acedido em 5/10/2018. Obtido de: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/24179_12230.pdf
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

Apêndice VII – Jornais de Aprendizagem - Cursando um Caminho de Aprendizagem



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

Jornais de Aprendizagem -
Cursando um Caminho de Aprendizagem...

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
Fevereiro, 2019

NOTA INTRODUTÓRIA

A hospitalização da criança interfere no seu comportamento e no seu estado de humor, não só pelas comorbilidades que os levam ao serviço de saúde, como pela presença num ambiente estranho. Estes aspetos relacionam-se com o impacto emocional gerado na criança e nos seus acompanhantes (Araújo, Silva, Faro & Sobral, 2016). A enfermagem empenha-se no cuidado à pessoa, o que implica a interação entre as mesmas, esta interação é descrita nos estudos de Watson quando se refere ao cuidado relacional e interpessoal, constituindo-se como verdadeira técnica de tratamento (Ferreira, 2006).

Neste sentido, apresentando como objetivo a prestação de cuidados especializados à criança e sua família, entendo a elaboração deste jornal de aprendizagens, como fundamental ao desenvolvimento e aquisição de competências. Alarcão e Rua (2005) descrevem a competência profissional como composta de microcompetências, as quais estão divididas em três categorias a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional, desta forma torna-se essencial a aquisição de competências que me permitam saber o que fazer em cada situação concreta, ter compreensão sobre a situação e uma intencionalidade de ação mobilizando os saberes. Face ao exposto, considero bastante pertinente a prática reflexiva e a elaboração desta atividade.

A reflexão é um processo de aprendizagem através do qual os indivíduos, se envolvem em atividades intelectuais e afetivas explorando experiências, a fim de as levar a novas compreensões e apreciações (Warner, 2006). Tendo em conta que os profissionais são os atores na mudança, e que os contextos onde se inserem constituem-se num meio de desenvolvimento de competências, verifica-se que para existir aprendizagem pela experiência, é necessária intencionalidade (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Para a orientação e elaboração das reflexões utilizo como instrumento o ciclo reflexivo de Gibbs. Segundo Jasper (2003), o ciclo de Gibbs é composto de etapas que orientam o processo reflexivo.

Situação I – Interação de cuidados num serviço de urgência...

A situação que descrevo decorreu em contexto de urgência de pediatria, mais precisamente na sala de observação (SO). O H. de 32 meses havia entrado no serviço de urgência pediátrica de madrugada, por um quadro de prostração, vômitos de conteúdo acastanhado e diminuição da ingesta. O H. tem como antecedentes pessoais uma grave doença do sistema nervoso central, considerada como paralisia cerebral, tetraplegia e atraso de desenvolvimento. Quem acompanhou o H. durante a sua permanência na SO foi a mãe, de 23 anos. A mãe de H. permaneceu sempre junto dele, atenta a todos os sinais do seu menino, quer o choro, quer os tremores dos membros, quer os alarmes do monitor ao qual estava ligado.

Ao início do turno apresentei-me ao H. e à sua mãe, de seguida avaliei os seus sinais vitais, a mãe de H. ia sempre seguindo o monitor e os valores que surgiam com uma expressão preocupada, percebia-se no seu olhar que procurava alguém que a sossegasse e disse-se que estava tudo bem. Ao perceber a sua ansiedade, expliquei-lhe quais os parâmetros considerados normais para a idade e situação de H., ao que ela esboçando um sorriso agradeceu. Na minha abordagem ao H. utilizei um tom de voz calmo, a carícia e movimentos lentos e suaves, com o objetivo de não o assustar.

Quando H. acordou do seu sono, foi questionado à mãe se lhe queria realizar os cuidados de higiene, contudo ela olhou para a enfermeira responsável pelo H. com um ar desconfortável. Ao perceber o seu desconforto, a enfermeira explicou-lhe que ela poderia apenas assistir ao banho ao H., e só estaria presente se assim o entendesse.

Uma vez que a situação de saúde de H., era algo complexa e ainda não se havia percebido qual o seu diagnóstico, foram diversas as vezes que H. foi “incomodado” durante o seu descanso, ficando sempre nervoso e com aumento dos tremores após a aproximação e manipulação pelos profissionais, nessas situações a mãe permanecia junto a ele e tentava acalmá-lo. Foram vários os exames complementares de diagnóstico aos quais o H. foi submetido.

Quase no final do meu turno a mãe permanecia nervosa, confusa e chorosa, abordei-a no sentido de perceber do que necessitava, ao que ela respondeu que não sabia o que se estava a passar, que ninguém lhe dizia quais os resultados dos exames, e não percebia a razão de certos procedimentos tais como a entubação nasogástrica e a inserção de um tubo nasofaríngeo, isso deixava-a ansiosa. Realizei algumas explicações e esclarecimentos acerca dos cuidados de enfermagem

prestados ao H., e pedi que a médica que estava a acompanhar o menino também falasse com a mãe, e respondesse a algumas questões colocadas acerca da situação clínica. Depois disto, e ao perceber que aqueles procedimentos e exames eram fundamentais para se perceber o diagnóstico e o tratamento, a mãe de H. ficou um pouco mais tranquila, e apesar de compreender que ainda não se havia chegado ao diagnóstico, percebeu que os profissionais de saúde estavam a reunir esforços para tentar responder às necessidades de H.

Refletindo e Apreendendo...

A hospitalização de H. e sua mãe teve alterações na sua rotina familiar, foi perceptível a ansiedade da mãe perante a situação de saúde de H., tal como perante os procedimentos aos quais o filho estava a ser submetido. No que concerne ao H., foi visível que sempre que era abordado pelos profissionais de saúde apresentava reações de aparente desconforto, como o choro, grito e tremores dos membros. Tal como referem Schneider e Medeiros (2011), através do comportamento da criança percebe-se o impacto emocional gerado perante a hospitalização, pois esta traz consequências tanto emocionais como físicas para a criança e para os seus pais, os sintomas manifestados passam pelo sofrimento, dor, cansaço, angustia, culpa e mudanças de rotina na família, as estratégias usadas pelos pais passam por procurar a tranquilidade. Este aspeto evidenciado pelos autores também foi perceptível junto da mãe do H.

Durante a prestação de cuidados ao H., ia estando sempre atenta aos sinais que ele me transmitia, quer os sinais de desconforto, dor, medo ou ansiedade aquando a minha aproximação. Tentei sempre juntar os procedimentos num mesmo momento, abordando-o a menor quantidade de vezes possível, utilizei estratégias não farmacológicas para alívio e controlo da dor, tal como a utilização de distração através dos seus desenhos animados preferidos, incorporando a filosofia dos cuidados não traumáticos. Expondo Phaneuf (2005), os enfermeiros devem considerar as mensagens que os clientes emitem, nomeadamente os aspetos involuntários da comunicação, podendo estes condicionar a dimensão terapêutica da abordagem.

A mãe de H. esteve sempre junto do filho, percebi não só a importância que este aspeto tinha para H., como também para a própria mãe, assim incentivei e elogiei esta atitude junto da mesma. Tendo em conta Diogo et al. (2016), os enfermeiros privilegiam o envolvimento e presença dos pais por forma a priorizar os cuidados

afetivos e humanizados, destacando-se estratégias de humanização e recurso a cuidados não traumáticos.

Na prestação de cuidados a H. considerei como essencial a comunicação quer com a criança, quer com a mãe, atentando ao cuidado centrado na família (CCF) e à parceria de cuidados. Tal como afirmam Barbosa, Balieiro e Pettengil (2012) o enfermeiro deve atender ao CCF, incluindo a família como agente participante no cuidado, tornando-a fortalecida, ouvindo os seus medos, dúvidas e necessidades, apoiando-a e entendendo-a como participante nos cuidados. É ainda declarado pelos mesmos autores, que o processo de cuidados da criança com deficiência, a comunicação, e o relacionamento estabelecidos entre o profissional e a família são elementos fundamentais, realizando partilha de informações sobre a saúde e os cuidados de forma aberta e franca. Destacando a comunicação não verbal, Ferreira (2006) designa que a linguagem do corpo expressa-se nos gestos, nas expressões e nas emoções. Ou ainda como afirmam Martinez, Tocantins e Souza (2013) nos cuidados à criança as palavras e o comportamento têm valor expressivo na comunicação, a linguagem verbal como a não verbal permitem o estabelecimento de comunicação efetiva, as crianças possuem características próprias que muitas vezes são expressas através da linguagem verbal, mas também da não verbal, uma vez que o enfermeiro deverá olhar para a criança e comunicar também através do olhar.

Sempre que realizei qualquer procedimento ao H. expliquei a sua importância, como se iria processar e como o H. e a sua mãe poderiam colaborar no mesmo. Considerei fundamental este fornecimento de informação à família, pois no decorrer da interação compreendi que estas explicações eram importantes, uma vez que a mãe de H. estava visivelmente ansiosa e procurava perceber o que se estava a passar. Compreendi que quando explicava a razão de determinado procedimento, a mãe de H. mudava a sua expressão e ficava menos ansiosa, agradecendo. Tal como referem Steinunn e Bente (2011), as crianças e as suas famílias precisam de apoio emocional e informações durante a hospitalização, segundo Ercan (2003) é benéfico informar os pais para reduzir a ansiedade e para corrigir perceções e crenças erradas. Majassari et al. (2005) afirmam que a família quando recebe informação sobre os cuidados está mais envolvida e tem menos sentimentos negativos acerca da experiência, sendo que para o enfermeiro entender a situação singular da família deve perceber que os mesmos terão de estar presentes fisicamente, mas também emocionalmente. Ainda aludindo a Diogo (2015), a informação é partilhada não só pelo discurso como expressão facial que ilustra os sentimentos das crianças e acompanhantes, os

enfermeiros prestam esclarecimentos antes de iniciar os procedimentos enquanto forma de preparação e mantêm estas informações no decorrer do mesmo. Assim, durante a prestação de cuidados a H., percebi a necessidade de obter informação por parte da mãe, fornecendo-a com o objetivo de atenuar a sua emocionalidade negativa.

Evidencio a importância do comportamento da enfermeira responsável pelo H. quando a mãe mostrou desconforto acerca da prestação de cuidados de higiene ao seu filho, contudo ficou mais tranquila quando a enfermeira a colocou à vontade para estar apenas junto do H. se assim o entendesse. Como diz Roden (2005), os enfermeiros não devem ter demasiadas expectativas quanto à colaboração dos pais, podendo os mesmos participar nos cuidados à medida da sua vontade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Como foi descrito utilizei um tom de voz calmo e o toque com movimentos suaves, tal como referem Martinez, Tocantins e Souza (2013), toda a criança com qualquer tipo de deficiência necessita que sejam entendidas as suas necessidades, o contato físico, o toque, a transmissão de afeto e segurança são tidas como formas de comunicação tornando os cuidados de enfermagem mais humanizados.

Antes da interação com H. e a sua mãe também eu experimentei sentimentos de compaixão e incerteza de como decorreria o turno, não só devido à condição de saúde habitual do H. (paralisia cerebral), mas também devido ao motivo que o levou à urgência (os vômitos acastanhados), vivenciando eu própria, uma experiência emocionalmente intensa. Contudo, rapidamente ao longo da interação fui criando uma relação com H. e a sua mãe, sentindo empatia, e uma confiança crescente que me permitiu promover segurança ao H. e à sua mãe. Tal como é descrito nos achados de Diogo (2015), os enfermeiros apresentam uma disposição emocional para com a criança e família, ou seja, atenção e sensibilidade para com os clientes, e para com as experiências emocionais destes de forma intencional e persistente, esta disposição é regulada devido a uma motivação para ajudar associada a uma afeição pelas crianças.

Desde esta situação de prestação de cuidados, fiquei mais desperta para o estabelecimento de uma relação terapêutica que me permita uma comunicação mais eficaz com o cliente e sua família, quer seja uma comunicação verbal, quer seja comunicação não verbal, pois a última torna-se fundamental nas crianças que não conseguem fazê-lo verbalmente, constituindo-se num instrumento essencial para a construção da relação. Percebi também a importância de ir fornecendo informação e explicações à criança e sua família não só antes da realização dos procedimentos, ou

no decurso dos mesmos, mas também após os mesmos, no sentido de os informar, potenciando o sentimento de controlo e promoção de alguma tranquilidade. Assim, posteriormente continuarei a desenvolver competências na vertente da comunicação, com o objetivo de contruir a estabilidade na relação e, certamente agora muito mais desperta para o fornecimento de informações (pré e pós procedimentos) por forma a mais tarde a criança e família não se sentir ansiosa e confusa pela falta de informação.

Situação II – Aprendendo as especificidades da comunicação...

A segunda situação de prestação de cuidados que descrevo ocorreu num centro de paralisia cerebral, com uma menina de 3 anos. A S. tem paralisia cerebral, e apresenta défices motores importantes, não consegue manter postura do tronco, tem pouco controlo da cabeça e para se deslocar utiliza uma cadeira de rodas.

Naquela manhã permaneci em interação com as crianças que integravam a sala de técnicas aumentativas e alternativas da comunicação, de entre as quais se destacou a S., esta menina não consegue comunicar através da comunicação verbal, pelo que naquela manhã estaria em intervenção por parte da equipa multidisciplinar. Inicialmente a terapeuta cumprimentou-a com um sorriso e fez uma leve carícia na sua cabeça, ao qual a S. respondeu com um sorriso. Depois, foi direcionada para um computador, em que através da fixação do seu olhar conseguia pô-lo a funcionar. Ao início da interação foi questionada se gostaria de ouvir música, e a S. fixando o seu olhar respondeu que sim, escolhendo a música que queria ouvir. Depois, ambas fizeram um jogo, enquanto a terapeuta contava uma história a S. teria de a ouvir e através das imagens que apareciam no ecrã teria de reproduzir a história. Inicialmente a S. reproduziu integralmente a história, passado algum tempo começou a não fazer os exercícios corretamente e quando era questionada ria em jeito de quem brincava/desafiava a terapeuta. Ao observar esta interação, percebi que a S. percebia tudo o que lhe transmitíamos e que “apenas” não conseguia transmitir verbalmente os seus pensamentos. Percebi que apesar de ter apenas três anos conseguia fazer um exercício complexo corretamente, e ao menos tempo como “qualquer outra criança” também brincava e desafiava os adultos.

Quando terminou a sessão, a terapeuta foi conversar um pouco com a mãe de S, e eu fiquei a “brincar” com ela por curtos minutos, dei-lhe a possibilidade de escolher um jogo que preferisse e de jogar, percebi que estava muito divertida, sorria e emitia sons de satisfação. Antes de S. ir embora perguntei-lhe se estava bem e feliz, ao que ela pelo computador fixou o seu olhar no símbolo correspondente ao sim, mas que necessitava de ir à casa-de-banho, com ajuda possibilitou-se que assim acontecesse e depois despedimo-nos de S., que retribuiu com um largo sorriso e um pequeno aceno na medida das suas possibilidades.

Refletindo e Apreendendo...

A paralisia cerebral engloba um grupo de alterações permanentes do movimento e postura que causam limitações no desempenho das suas atividades, essas alterações são atribuídas a distúrbios não progressivos, muitas vezes acompanhadas de distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e de comportamento (Pfeifer et al., 2011).

A comunicação inclui a linguagem, exibição de texto, braille, comunicação tátil, caracteres grandes, meios multimídia acessíveis, assim como modos escrito, áudio, linguagem plena, leitor humano e modos aumentativo e alternativo, meios e formatos de comunicação incluindo tecnologia, por sua vez a linguagem inclui a linguagem falada, língua gestual e outras formas de comunicação não falada (Instituto Nacional para a Reabilitação [INR], 2010). Existem várias formas de comunicar, através de símbolos, pelo olhar, sorriso, expressão da face, movimento do corpo, por palavras e por escrita (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral [FAPPC], 2009).

Um dos locais onde tive a oportunidade de adquirir aprendizagens importantes e de refletir acerca das boas práticas, foi na sala de técnicas aumentativas e alternativas da comunicação. Este é um serviço que disponibiliza apoio especializado, e tem como principal objetivo implementar aspetos relacionados com a comunicação e autonomia baseada em atividades pedagógicas, com recurso a uma gama de tecnologias de apoio, de modo a proporcionar ao cliente o desenvolvimento das suas capacidades de comunicação e aprendizagem (CRPCCG, 2018). Tal como referido pelo INR (2010), as pessoas com deficiência têm o direito de receber e difundir informação e ideias em condições de igualdade com os demais, e através de todas as formas de comunicação da sua escolha deve ser facilitado o uso de língua gestual, braille, comunicação aumentativa e alternativa e todos os outros meios, modos e formatos de comunicação acessível.

Considero a comunicação como um instrumento fundamental na prática de enfermagem, quer no decorrer da intervenção de enfermagem, quer no estabelecimento da relação terapêutica com a criança e com a sua família, esta relação é essencial na qualidade dos cuidados prestados e na sua humanização. Phaneuf (2005) citando Peplau, afirma que com um pouco de atenção e de observação a maior parte das coisas importantes que afetam uma pessoa podem ser estudadas, explicadas e compreendidas, cada uma das interações da enfermeira com

o cliente contém possibilidades de compreensão das suas necessidades e dificuldades possibilitando partilha de angústias, de sentimentos, de crenças e expectativas facilitando o reencontro com o controlo da sua vida. Segundo Watson (2012), a capacidade de o enfermeiro compreender e detetar corretamente sentimentos e a condição íntima do outro pode ocorrer através de ações, palavras, comportamentos, cognição, linguagem corporal, sentimentos, pensamento, sensação, intuição entre outros. Compreende-se então a comunicação, como ferramenta base nos cuidados de enfermagem à criança e sua família.

A interação com a S. proporcionou-me momentos de aprendizagem e reflexão, nomeadamente no que concerne às diferenças entre comunicação e linguagem. A comunicação pode fazer-se através de diferentes técnicas, a nossa intervenção enquanto enfermeiros consiste em perceber qual a melhor estratégia, adequando as diferentes ferramentas de que dispomos para aquela criança tão única. Da minha observação e participação nas intervenções junto destas crianças, destaco que apesar de “terem um diagnóstico principal de paralisia cerebral”, todas elas são diferentes e únicas, e a intervenção do enfermeiro deve focalizar-se na adequação das estratégias de comunicação, tendo em conta cada uma delas, por forma a responder às suas necessidades específicas e individuais.

Na situação específica de S. foi importante perceber que apesar de todas as suas limitações motoras, a S. tinha estratégias para comunicar que iam para além da fala ou da escrita, o computador e os símbolos são uma estratégia efetiva que ajuda à comunicação. Como afirma a FAPPC (2009) quando a criança tem dificuldade na comunicação pela fala, é importante utilizar meios alternativos e aumentativos de comunicação como símbolos, gráficos e tecnologias de apoio por forma a ajudar a criança no desenvolvimento da linguagem e permitir que expresse desejos e sentimentos.

Perante a comunicação não verbal da S. percebi pelo seu sorriso, traços físicos e a expressão no olhar que é uma menina simpática, sociável, inteligente e que gosta de brincar. Tal como afirma Phaneuf (2005) na interação com o cliente, o enfermeiro apercebe-se de emoções e de reações que ela deve aprender a reconhecer, no que concerne aos traços físicos, os significados transmitidos pela linguagem do corpo são globais e compostos por vários elementos, para além desses é importante observar a expressão dos olhos e da face que muitas vezes geram os comportamentos não verbais mais reveladores.

Pelo que já foi supracitado, a S. tinha as suas escolhas bem definidas, nomeadamente a nível da brincadeira uma vez que sabia bem os seus interesses, e tal como pude observar tinha preferências por certos jogos e músicas. Segundo Pfeifer et al. (2011) a criança com paralisia cerebral deve ser entendida em todas as suas características, como interesses, humor, contexto socio emocional em que se insere, e não apenas a partir das suas limitações físicas, estes são aspetos que influenciam o desenvolvimento e a participação em atividades do quotidiano.

Foi-me possível aferir através da comunicação com S. que esta gostava muito de brincar, pois sorriu aquando se disponibilizou o computador para realizar um jogo e se solicitou que escolhesse uma música de que gostasse. Através do sorriso e expressão facial de S. foi perceptível a importância do brincar, e da interação com as outras pessoas através do computador. De acordo com Souza e Mitre (2009), o brincar potencializa a interação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, favorece o processo de desenvolvimento e enriquece os vínculos de confiança. Corroborando, Pfeifer et al. (2011) referem que o brincar estimula o desenvolvimento da criança e ao mesmo tempo ao observar a brincadeira é possível avaliar habilidades de destreza, funções cognitivas e como expressa os seus sentimentos e habilidades sociais. Torna-se ainda importante referir que mesmo que a criança apresente atrasos na aquisição de etapas fundamentais do desenvolvimento, os enfermeiros têm de ser ativos quanto à melhor forma de ajudar a criança a atingir o seu potencial de desenvolvimento (McElfresh & Merck, 2014).

Algo descrito neste situação de prestação de cuidados é o acolhimento inicial feita pela terapeuta à S. através de uma carícia na sua cabeça, este comportamento para além de mostrar os afetos nos cuidados, também se constitui num modo de comunicação. Em modo de fundamentação menciono Martinez, Tocantins e Sousa, (2013) quando referem que o toque e o contato físico são maneiras de comunicação presentes nas interações com a criança, relacionando com a transmissão de afeto, segurança e tranquilidade. A dádiva de afeto integra-se nos cuidados holísticos, a gestão de sentimentos negativos é trabalhada na gestão emocional de forma à transmissão de tranquilidade, calma e segurança nos clientes, criando um ambiente afetivo e positivo, de modo a que se sinta cuidado e confiante (Diogo & Baltar, 2016).

Interagindo com a S. percebi que tal como todas as outras crianças, independentemente do seu diagnóstico ou limitações físicas, a S. ao comunicar estava a interagir com o meio e as pessoas envolventes e isso promovia o seu desenvolvimento. S. tal como todas as outras crianças, apresenta potencial para

desenvolver muitas competências, e é nosso dever promover esse desenvolvimento. A comunicação deverá estar incluída nas intervenções de enfermagem, e deve permitir um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo, para que a criança encontre caminhos para manter as capacidades próprias da sua fase de desenvolvimento, e participar em experiências que estimulem o seu crescimento (Martinez, Tocantins & Souza, 2013).

Nesta interação compreendo a importância de identificar o impacto emocional desta experiência e as consequentes estratégias de regulação emocional. Segundo Phaneuf (2005), comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós. Através da intervenção junto da S. inicialmente experimentei sentimentos de insegurança, pois não conhecia as suas características individuais, e não estava familiarizada com as técnicas alternativas e aumentativas da comunicação. Assim, pensei que iria ser muito complicado comunicar com a S., contudo e muito pelas características da própria S., de entre as quais a sua simpatia e reciprocidade, percebi que era bem mais fácil do que imaginava, tive a confirmação de que a comunicação verbal representa apenas uma pequena fração daquilo que podemos transmitir e que o outro nos transmite. Compreendi também, que existem muitas outras estratégias que são fundamentais para estabelecer a interação e relação com o cliente. Deste modo, através da apropriação destas estratégias estabeleci uma relação com a S. e consequentemente, o sentimento de medo e insegurança transformou-se em interesse por perceber mais (acerca destas técnicas) e enfrentar os desafios relacionados com a comunicação por forma a adquirir sentimento de controlo, através dos conhecimentos. Numa situação semelhante, certamente irei sentir-me bastante mais confiante, não irei experimentar sentimentos como a incerteza, apreensão, ou medo por poder não conseguir atender às necessidades da criança. Apropriei-me do “tal” holismo tantas vezes referido, percebi que a S. não era apenas composta pelos seus défices motores, pelo seu físico, ou só pela sua comunicação verbal, percebi que a S., era a S. com as suas características tão próprias que fazem dela uma pessoa em interação com o mundo, utilizando maneiras “diferentes” de o fazer, mas é isso que a torna única.

Ressalvo que esta reflexão constituiu-se numa mais valia, pois permitiu-me não só ter uma maior consciência acerca das minhas práticas, como também consciência de mim própria, e das minhas emoções, a base para o meu crescimento enquanto

profissional. Para Diogo (2015) é importante o conhecimento de si, ter consciência das suas emoções e da capacidade em lidar com as mesmas, refletindo e analisando as práticas, permitindo que o autodiálogo acalme a própria pessoa.

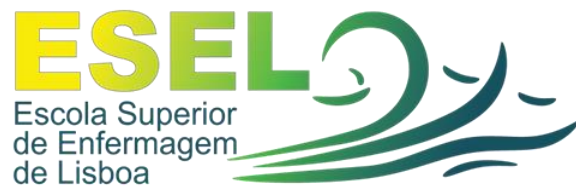
Relativamente ao desenvolvimento de competências destaco a “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, “E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, “E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação”, “E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família”, “E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” e “E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções” (Diário de República, 2018, p.19193-19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). *Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences*. Acedido a 30/9/2018. Obtido de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Araújo, R., Silva, F., Faro, A. & Sobral, A. (2016). Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico: intervenção Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde REDES - Urgência e Emergência). *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 19 (2). 98-104.
- Barbosa, M., Balieiro, M. & Pettengill, M. (2012). Cuidado Centrado na Família no Contexto da Criança com Deficiência e sua Família: Uma Análise Reflexiva. *Texto Contexto Enferm*, 21 (1), 194-199.
- Centro de Reabilitação de *Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian*. (2018). *Caracterização do CRPCCG*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. & Baltar, P. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante. *Padrões de Qualidade em Saúde Mental*, 149-159.
- Ercan, S. (2003). *Relationship Between Psychological Preparation, Preoperative and Postoperative Anxiety, and Coping Strategies in Children and Adolescents Undergoing*. Graduate School of Social Sciences. Tese de Mestrado. Turquia.
- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. (2009). *A Criança com Paralisia Cerebral – Guia para os Pais e Profissionais de Saúde e Educação*. Lisboa: Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa.
- Ferreira, M. (2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), 327-330.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª edição, pp 163-183). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2010). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Opcional*. Lisboa: Texttype.

- Majasaari, H., Sarajarvi, A., Koskinen, H., Autere, S. & Paavilainen, E. (2005). Patients' Perceptions of Emotional Support and Information Provided to Family Members. *Aorn Journal*. 1030-1039.
- Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As Especificidades da Comunicação na Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 37-44.
- McElfresh, P. & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crônica ou Incapacidade. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Oliveira, I. & Poletto, M. (2015). Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. *Revista da SPAGESP*, 16 (2), 102-119.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Schneider, C. & Medeiros, L. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc & Ciência*, 2 (2), 140-154.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 15-23.
- Steinunn, E. & Bente, S. (2011). Foreldres evaluering av "Foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus. *Norden*, 31 (1), 16-20.
- Warner, H. (2006). Living with disability: Part 2, The child/family/nurse relationship. *Paediatric Nursing*, 18 (2), 38-43.

Apêndice VIII – Análise Fundamentada Das Práticas – Intervenção de Enfermagem
na Criança com Paralisia Cerebral e sua Família



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

Relatório de Estágio

Análise Fundamentada das Práticas – Intervenção de
Enfermagem na Criança com Paralisia Cerebral e sua
Família

Liliana Isabel Martinho

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Outubro, 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

As crianças com necessidades de saúde especiais requerem uma maior atenção por parte dos serviços de saúde, as crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013). A paralisia cerebral é uma doença crônica que afeta as funções do indivíduo no decorrer das suas atividades de vida, geralmente incurável, deixa sequelas e impõem muitas limitações (Dantas et al., 2012). Como afirmam ainda Andrade, Vieira e Dupas (2011) a paralisia cerebral é uma situação crônica caracterizada pela sua longa duração, por provocar alterações do quotidiano, perda de capacidade física, dores e mal-estar, acarretando repercussões emocionais na família, o que pode prejudicar a sua qualidade de vida. É função da equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados (DGS, 2013).

Neste sentido percebe-se a pertinência da intervenção da enfermagem junto destas crianças e suas famílias, atendendo à problemática referente à da gestão recíproca das emoções e da informação, Dantas et al. (2012) atestam que o desgaste físico e emocional em crianças e famílias com paralisia cerebral é muito frequente. Indo ao encontro disto, Barbosa, Balieiro e Pettengill (2012) referem que os profissionais devem compartilhar informações sobre a saúde e os cuidados à criança, de forma aberta e franca com a família, para que esta esteja apta nas tomadas de decisão. Neste sentido, percebe-se o importante fluxo recíproco da gestão de emoções e da informação.

Pelo que já foi dito, compreende-se a pertinência da abordagem destes aspetos, relacionados com a intervenção de enfermagem e com a problemática exposta. Esta análise fundamentada, pretende dar ênfase ao objeto de estudo, destacando os aspetos ligados à gestão recíproca das emoções e da informação, sendo que para isso, realizo inicialmente uma observação da intervenção de enfermagem, posteriormente um momento de discussão com a enfermeira orientadora, e finalizo com uma análise fundamentada.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Antes de iniciar a descrição da situação de E. gostaria de salientar que tive oportunidade de assistir a esta avaliação, com autorização da mãe da mesma. Foi tido em consideração que estas crianças e família muitas vezes já passam por diversos processos de “exposição”, e ter mais uma pessoa “desconhecida” na interação poderia não ser confortável para ambas, mas a mãe de E. deu o seu consentimento.

A E. é uma menina de 2 anos que nasceu prematura, com extremo baixo peso (960gr), e várias complicações relacionadas com o parto. Está diagnosticada com paralisia cerebral, e foi referenciada a este centro de paralisia cerebral para que seja acompanhada pela equipa multidisciplinar. A situação que descrevo foi uma primeira avaliação pela equipa multidisciplinar.

Os intervenientes participantes da intervenção foram a enfermeira, o terapeuta ocupacional, o terapeuta da fala e o fisioterapeuta. Observei que cada profissional interagiu com a criança e família e realizou a sua avaliação no sentido de delinear um plano terapêutico. Após esta avaliação inicial por parte de todos os técnicos, chegou a altura de se reunirem para marcar os dias das próximas sessões de trabalho com a E. Observei que todos eles têm em consideração que estas sessões, sejam sempre que possível no mesmo dia e não num horário muito díspar, por forma a que não exista uma grande alteração de rotinas e deslocações de E. e a sua família.

Após esta conciliação de horários a enfermeira orientadora permaneceu junto da E. e da mãe mostrando-se disponível para responder a algumas das suas questões e colhendo alguns dados referentes às atividades de vida de E, permitindo que a mãe expressasse dúvidas e receios acerca das mesmas. A enfermeira procurou também, perceber quais os apoios de que dispunham na comunidade, nomeadamente se a E. frequentava a escola. A mãe de E. referiu que esta andava numa escola que gostava, e estava integrada na mesma, realizando atividades que respondem às suas necessidades.

Posteriormente, no decorrer da conversa a enfermeira ia promovendo a expressão de sentimentos da mãe de E., até que esta verbalizou que algo que a incomodava eram os períodos em que E. permanecia com um olhar fixo e desviado durante alguns minutos, não respondendo à chamada. A enfermeira questionou à mãe, se esta apresentava outras complicações de saúde associadas ao seu diagnóstico, nomeadamente convulsões e como atuaria se sucedessem. A mãe referiu que a E. nunca tinha tido convulsões tónico-clónicas, e que isso era algo que

a assustava muito que pudesse acontecer, contudo na comunidade onde está inserida já tinha obtido a informação de que poderia acontecer. A enfermeira pediu para que a mãe de E. enumerasse as intervenções que teria, caso isso acontecesse. Após perceber os conhecimentos que a mãe de E. possuía, a enfermeira disponibilizou uma folha de registos para que escrevesse o número de vezes que estes episódios aconteciam, o meio envolvente nessa altura, as manifestações corporais que apresentava e a duração da mesma, sempre esclarecendo dúvidas e realizando ensinios.

No final da intervenção, a enfermeira mostrou-se disponível para esclarecimento de dúvidas mesmo quando estivesse no domicílio, fornecendo os contactos do centro. A despedida foi realizada com um beijinho à E. e à sua mãe, tendo a última saído com um sorriso.

MOMENTO DE REFLEXÃO COM A ENFERMEIRA ORIENTADORA

Após a interação com E. e sua mãe, foi-me proporcionado um momento de reflexão com a enfermeira orientadora, do qual surgiram contributos importantes para refletir.

O primeiro contato com a criança e família é um momento muito importante, neste é realizado uma colheita de dados inicial e feita uma avaliação. Foi salientado como fundamental numa primeira abordagem, a “interpretação de como a mãe da E. vivenciava a situação sendo fundamental a revisão da problemática relacionada com a saúde”, perceber o que deixa a família mais ansiosa em relação aos aspetos relacionados com a saúde, e perceber exatamente se aquilo que é feito pela família dá resposta às necessidades da criança. A intervenção de enfermagem, deve ser direcionada à E. e família por forma a perceber como é vivenciada a situação de saúde e perceber o que a família sabe acerca da problemática de saúde associada à paralisia cerebral, sendo que caso surjam aspetos pouco apreendidos deve realizar-se uma revisão dessa problemática.

Foi também destacado pela enfermeira orientadora, que num primeiro contato com a criança e família, tal como nos contatos seguintes devemos “questionar sem dar as respostas”, ou seja, a forma como realizamos a questão é importante para percebermos os conhecimentos da família. Neste caso em específico, a enfermeira orientadora não perguntou apenas se a mãe da E., sabia o que fazer em caso de convulsão, mas questionou quais os procedimentos e manobras que realizava em caso de convulsão, por forma a perceber exatamente o que a mãe de E. sabia, e intervir em conformidade com esses conhecimentos. Para além disso, outro aspeto importante a avaliar na família é se “transmitem a informação de forma transparente”, ou seja, se não ocultam aspetos importantes relacionados com a sua situação. A enfermeira questionou a mãe de E., se a mesma teria algum apoio “especial” na escola, ao que a primeira mencionou que sim, pois os profissionais conheciam a situação de saúde da E. Este foi um sinal entendido pela enfermeira orientadora, de que a mãe de E. fornece toda a informação de forma transparente, pois não esconde a situação de saúde da filha aos profissionais.

Neste momento de reflexão também foi destacado, que o enfermeiro deve disponibilizar toda a informação relacionada com a saúde que seja indispensável à situação daquela criança. Contudo “apenas se deve dar a informação necessária, mas sem antecipar demasiado coisas que não se podem prever”, ou seja, não devemos

antecipar demasiadas situações que poderão surgir futuramente, quando não sabemos se assim acontecerá, isso poderá se constituir num fator gerador de *stress* para a família. Neste caso em específico da E., foram realizados e reforçados ensinamentos acerca das convulsões uma vez que a E. já teria iniciado alguns sinais indicativos de que pudessem surgir. Deste momento reflexivo, também se salientou que o enfermeiro deve alertar “para as situações o quanto-baste para não despertar um padrão muito drástico”, ou seja a intervenção do enfermeiro deve passar por informar e alertar para as situações transmitindo informação útil, segurança e sentimento de controlo na família, fornecendo suporte para a gestão das suas emoções, e não transmitir demasiada informação, nem abordar situações que sejam geradoras de mais *stress* e insegurança.

No que concerne à situação de saúde de E., as convulsões eram os aspetos mais pertinentes de abordar neste momento, uma vez que não podemos prever futuramente as convulsões tónico-clónicas como certas, mas podemos sim, fornecer as informações indispensáveis e fundamentais para que caso surjam a família, saiba agir em conformidade.

A enfermeira referiu que a nível da gestão de emoções da família esta não é feita num momento único, mas “vai-se realizando ao longo do tempo”, pois estas crianças e famílias passam por variadas situações ao longo da sua vida, que as obrigam a fazer essa gestão diariamente.

Foi salientado pela enfermeira orientadora neste momento de partilha, que o “enquadramento social e a perceção do suporte familiar tem um grande impacto”, pois neste primeiro contato (como foi no caso da E.), é muito importante perceber como funciona o meio em que se insere, quer quanto aos apoios familiares, quer quanto aos apoios da sua comunidade. Segundo a mãe de E. o marido e os pais de ambos dão um grande apoio no quotidiano, e estão disponíveis para ajudar. A comunidade em que estão inseridos assume um papel muito importante, pois a escola em que está a menina tem de conseguir dar respostas às suas necessidades. Foi destacado pela enfermeira orientadora, que pela sua experiência em contactar com os recursos da comunidade, quando os pais referem quais as instituições em que estão integrados, “fico tranquila, pois existem muitas que trabalham muito bem”, sendo esse um aspeto “tranquilizador”. Segundo a enfermeira é “importante haver um contato entre os profissionais que prestam cuidados à criança”, este aspeto é relevante e tido em conta, pois como referiu a enfermeira, muitas vezes é na comunidade que é iniciado o planeamento dos cuidados daquela criança e família, e se existir esta partilha de

informações todos iram no mesmo sentido, trabalhando para a concretização do plano individualizado que responda às necessidades da criança.

Por último nesta interação, foi afirmado pela enfermeira que na intervenção de enfermagem deve haver a identificação de fragilidades não só da criança como da sua família, e que “pela nossa experiência e prática ao longo dos anos percebe-se qual a fragilidade”, ou seja o enfermeiro deve estar desperto para a identificação de necessidades e fragilidades (quer sejam fragilidades emocionais, de suporte da comunidade, familiares ou até económicas) e muitas vezes essa identificação é facilitada pela experiência e saberes que já se possui.

Este momento constitui-se num momento de reflexão e grande partilha de conhecimentos.

ANÁLISE FUNDAMENTADA DAS PRÁTICAS

Esta primeira intervenção de enfermagem a E. e sua mãe, constituiu-se num momento de grande aprendizagem para mim enquanto profissional, mas também enquanto ser humano. Aprendizagem enquanto profissional, na medida em que realizei intervenções junto de crianças com necessidades especiais, algo que não é muito frequente no meu quotidiano profissional, o que concludentemente me permitiu adquirir competências que não possuía. E enquanto ser humano, uma vez que percebi que para se ser uma “boa” enfermeira há que atender à humanização dos cuidados, recorrendo não só à vertente profissional, como à pessoal, pois tal como o cliente, também o enfermeiro é constituído por várias dimensões.

Inicialmente, salienta-se que os pais de crianças com necessidades especiais são sujeitos diariamente a muitas vivências que podem gerar sentimentos e emoções negativos. A presença de um filho com deficiência pode alterar rotinas e estilos de vida, pode ser um acontecimento surpreendente, como pode constituir-se num facto traumático, confuso e provocar conflitos internos e desenvolver sentimentos negativos (Oliveira & Poletto, 2015). Segundo Barbosa, Balieiro e Pettengill (2012) o nascimento de uma criança com deficiência provoca uma crise que afeta toda a família, provocando alterações frente às exigências emocionais gerando instabilidade emocional, neste sentido a família procura adaptar-se a uma nova realidade e reorganizar-se para enfrentar a experiência, essa situação envolve sentimento de vulnerabilidade, e também um ajuste emocional que requer tempo.

A intervenção junto de E. e sua mãe foi realizada inicialmente em conjunto com a equipa multidisciplinar. Esta reunião teve em atenção as características próprias da E., e traçou o seu plano terapêutico direccionado às necessidades. Como afirmam Dantas et al. (2012), é importante que a equipa de saúde e a família construam juntas uma proposta terapêutica, proporcionado um acompanhamento e orientação, para que seja perceptível o processo terapêutico, participando com segurança no processo de tomada de decisão em relação às estratégias de desenvolvimento neuropsicomotor satisfatório.

Após esta reunião de equipa, tão importante para definir o plano de E., focalizei a minha atenção na intervenção específica de enfermagem, apropriando-me da sua importância e transversalidade. Esta intervenção constitui-se como crucial na satisfação das suas necessidades, mas também da sua família, atendendo verdadeiramente aos cuidados centrados na família e ao holismo. Ou seja, as

intervenções de enfermagem a E. não se focalizavam apenas na sua educação, nem no seu desenvolvimento motor, mas sim em todas as suas dimensões. Para McElfresh e Merck (2014) o principal objetivo do trabalho com a família de uma criança com necessidades especiais, consiste em apoiar a adaptação da família e ajudá-la a funcionar o melhor possível ao longo da vida da criança, prevendo-se que as abordagens sejam abrangentes e de longa duração centradas na família, implicando uma parceria entre os profissionais de modo a apoiar a adaptação da família às múltiplas mudanças necessárias na vida diária.

Na sua abordagem a enfermeira falou calmamente, e mostrou-se disponível, segundo Dantas et al. (2012) o enfermeiro deve estabelecer uma relação próxima e continuada com a família, olhando para as necessidades do outro, levando em consideração aspetos sociais, culturais, afetivos, escuta sensível e diálogo reflexivo. Na colheita de dados inicial de E., a enfermeira teve em atenção as suas características, e questionou a mãe acerca de como eram realizadas as suas atividades de vida, e quais as suas maiores dificuldades. De acordo com Dantas et al. (2012), a criança com paralisia cerebral necessita de um cuidado diferenciado, pois apresenta limitações no desempenho das suas atividades de vida diárias, e em consequência da sua natureza dependente e das suas necessidades especiais, os pais experimentam momentos de insegurança, e frente a novas experiências poderão agir de forma ineficaz. Desta forma, tendo em conta a evidência disponível este aspeto carece da intervenção de enfermagem, quanto mais capacitada estiver a família perante uma experiência diferente, mais eficaz será a sua resposta o que conduzirá ao sentimento de controlo sob a situação, por forma a que não experimente emocionalidade negativa. Este aspeto é corroborado no momento de reflexão realizado com a enfermeira, quando a mesma refere que numa primeira avaliação da criança deve ser feita uma revisão da problemática, e questionar sem dar respostas no sentido de perceber o que a família sabe, e o que necessita de saber, por forma a responder às necessidades individualizadas da criança no seu quotidiano.

No decorrer da interação com E. e sua mãe, a enfermeira percebeu as necessidades de informação que fariam sentido abordar naquele momento. Neste caso em específico, as necessidades focalizavam-se em algo que provocava ansiedade na mãe, as possíveis convulsões tónico-clónicas. Como foi referido pela enfermeira numa primeira avaliação, esse fornecimento de informação tem de ser adaptado à criança, e essa avaliação também é feita através da experiência do enfermeiro. Reportando-me ao afirmado por Benner (2001), a enfermeira apropria-se

de uma quantidade tal de conhecimentos que se torna capaz de responder às mais variadas necessidades do cliente. Segundo Barbosa, Balieiro e Pettengill (2012) os profissionais devem estar capacitados a identificar as necessidades tanto da criança, como da família, e o enfermeiro deve reconhecer a família como constante na vida da criança, assim deve responder às dúvidas da família, reconhecendo que a família tem o direito a explicações de maneira completa, aberta, franca e apropriada à sua compreensão, proporcionando oportunidade para participar nas tomadas de decisão.

Como já foi referido anteriormente, algo que preocuparia a mãe era o fato de perceber períodos de “ausência” na E., tal como referem Dantas et al. (2012) estudos demonstram que as famílias de crianças com paralisia cerebral têm maiores dificuldades nos cuidados quando a criança apresenta convulsões, espasticidade, alterações do tônus muscular e reflexos primitivos. Estes aspetos, foram explicitados pela enfermeira no sentido de possibilitar um maior sentimento de controle perante a situação. Salienta-se, assim a problemática acerca da gestão recíproca das emoções e da informação, no sentido em que a enfermeira ao proporcionar informação, estaria a proporcionar-lhe um sentimento de controle, atenuando a sua emocionalidade negativa. No momento de reflexão com a enfermeira foi salientado que a gestão das emoções nas famílias de crianças com necessidades especiais “vai-se fazendo ao longo do tempo”. Tal como afirmam McElfresh e Merck (2014), as famílias de crianças com doenças crónicas enfrentam um *stress* continuado associado a fatores determinados pela situação da criança, os enfermeiros poderão ajudar as famílias na adaptação a este *stress* proporcionando orientação antecipatória, oferecendo apoio emocional, ajudando a família a avaliar e a reconhecer fatores de *stress* específicos, assistindo a família no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e mecanismos de *coping*, continuando os esforços para satisfazer as necessidades de desenvolvimento trabalhando em colaboração com os pais, de modo a que eles sejam *empoderados*.

Tendo em conta estes aspetos relacionados com o trabalho em parceria com a família e o seu *empoderamento*, salienta-se a visibilidade e importância dos cuidados centrados na família e da parceria de cuidados. Mencionando McElfresh e Merck (2014) evidencia-se como fundamental os cuidados centrados na família e a colaboração entre os pais e os profissionais, as relações de colaboração mostram respeito, devendo os profissionais perceber que os pais são peritos nos cuidados ao seu filho, valorizando-se a parceria baseada na confiança e comunicação. Ou ainda, como afirmam Andrade, Vieira e Dupas (2011), quando se vive com uma criança com

paralisia cerebral são mobilizadas adaptações e procura de recursos, o cuidado centrado na família é parte integrante da prática de enfermagem, sendo importante que o enfermeiro esteja aberto ao impacto das experiências na família, por forma a responder às suas verdadeiras necessidades.

Durante a intervenção, a mãe de E. referiu que teria apoio do marido e dos seus pais, sendo estes presentes ajudando nos cuidados, e que para além disso a E. está integrada na comunidade frequentando a escola, e percebendo os recursos da comunidade como um apoio efetivo. Estes aspetos, foram reforçados no momento de reflexão com a enfermeira, pois a mesma enfatizou a importância destes recursos no seio da comunidade onde está inserida. Foi ainda referido, que muitos desses recursos funcionam muito bem e conseguem dar o apoio que estas crianças com necessidades especiais precisam, sendo “um descanso” saber que as famílias são apoiadas e que, caso surja necessidade, existe contacto entre profissionais no sentido de fortalecer a rede de apoio à família, respondendo às suas necessidades atuais. Acerca destes aspetos McElfresh e Merck (2014) afirmam que, as relações dentro da família promovem a união entre os seus membros, apoiam e reconhecem que todos eles são contribuintes vitais para a unidade da família, os recursos intrafamiliares, o suporte social, o apoio entre pais e as parcerias estabelecidas entre os pais, os profissionais e os recursos da comunidade, interligam-se proporcionando uma rede de suporte flexível para todos.

Por último, destaco deste momento de reflexão a importância dos enfermeiros na intervenção com estas famílias, detetarem fragilidades onde é necessário intervir. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), devido às especificidades inerentes a uma criança com deficiência, e por toda a componente psicológica que as mesmas acarretam, é-nos exigido um conjunto de cuidados holísticos de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares da forma mais positiva possível. Os enfermeiros terão uma intervenção fundamental enquanto facilitadores de informação e mobilização de estratégias de mudanças e desenvolvimento. A sua condição de vulnerabilidade, poderá potenciar um aumento dos níveis de *stress* parentais, implicando um esforço suplementar em termos de organização familiar, se trabalharmos com os pais no sentido de não se focalizarem apenas nas limitações do seu filho e se promovermos a vinculação, estaremos a derrubar as suas barreiras internas e a proporcionar reforço positivo das suas competências.

Atendendo a todos estes aspetos, nomeadamente à observação da intervenção da enfermeira junto da criança com necessidades especiais, ao momento de reflexão

e à fundamentação mobilizando evidência científica, considero que esta atividade foi bastante rica no que concerne ao desenvolvimento de competências no âmbito do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, salientando-se o desenvolvimento de competências “E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”, “E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar”, “E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados”, “E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”, “E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família”, “E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem”, “E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação”, “E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário” e “E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções” (Diário de República, 2018, p. 19193-19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M., Vieira, S. & Dupas, G. (2011). Paralisia Cerebral: Estudo sobre o Enfrentamento Familiar. *Rev. Min. Enferm*, 15(1), 86-96.
- Barbosa, M., Balieiro, M. & Pettengill, M. (2012). Cuidado Centrado na Família no Contexto da Criança com Deficiência e sua Família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm*, 21 (1), 194-199.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Dantas, M., Pontes, J, Assis, W. & Collet, N. (2012). Facilidades e Dificuldades da Família no Cuidado à Criança com Paralisia Cerebral. *Rev Gaúcha Enferm*, 33 (3), 73-80.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério de Saúde.
- Martinez, E., Tocantinis, F. & Souza, S. (2013). As Especificidades da Comunicação na Assistência de Enfermagem à Criança. *Rev Gaúcha Enferm*, 34 (1), 37-44.
- McElfresh, P. & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crônica ou Incapacidade. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Oliveira, I. & Poletto, M. (2015). Vivências emocionais de mães e filhos com deficiência. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 102-119.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 3 (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pfeifer, L., Pereira, L., Silva, D. & Pinto, M. (2011). Habilidades de desempenho no brincar de crianças com paralisia cerebral. *Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral*, 5 (12), 4-11.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.

Souza, B. & Mitre, R. (2009). O Brincar na Hospitalização de Crianças com Paralisia Cerebral. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 25 (2), 195-201.

Apêndice IX – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil – Diagnósticos de Enfermagem associados à Gestão Recíproca das Emoções e da Informação em Sistema *SClinico*



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil – Diagnósticos de Enfermagem associados à Gestão Recíproca das Emoções e da Informação em Sistema *SClinico*

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Novembro, 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

No que respeita à saúde infantil os enfermeiros detêm intervenções preponderantes, quer na educação, quer no aconselhamento aos pais. Faz parte das suas competências a avaliação do estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança, através das consultas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). Neste sentido, atendendo à problemática em estudo acerca da gestão recíproca das emoções e da informação, é fundamental perceber e refletir acerca das intervenções de enfermagem inseridas nas consultas de saúde infantil. Baseando-me na evidência, Massajaari et al. (2005) afirmam que a informação correta e individualizada é um pré-requisito para o envolvimento da família nos cuidados, sendo que consequentemente, os enunciados expressam menos sentimentos negativos. Corroborando, Ercan (2003) refere que a informação disponibilizada ajuda a lidar com os *stressores*.

Salienta-se assim, a importância da intervenção do enfermeiro neste âmbito, não só esclarecendo dúvidas e fornecendo explicações por forma à gestão emocional da criança e da família em situações geradoras de *stress*, fomentando a promoção do sentimento de controlo; como também fornecendo informação antecipatória por forma a prevenir picos de emocionalidade negativa através dos cuidados antecipatórios. A respeito dos cuidados antecipatórios, a Direção Geral de Saúde (DGS) (2013) diz que estes devem ser valorizados e entendidos como um fator de promoção da saúde e prevenção de doença, facultando à família conhecimentos que lhes permitam um bom desempenho no que concerne à promoção e proteção dos direitos da criança e ao seu exercício da parentalidade, particularmente no domínio de novos desafios de saúde. Ainda segundo os mesmos autores, o agendamento das consultas deve respeitar as idades-chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança, tais como etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, socialização, alimentação e escolaridade.

Tendo em conta que as intervenções de enfermagem para a promoção do desenvolvimento infantil, a OE (2010) chama a atenção para a importância da parceria de cuidados com a família, respeitando as suas circunstâncias de vida e o seu ritmo, tendo em conta a perspetiva holística, e percebendo o desenvolvimento como o aperfeiçoamento e especialização de determinadas funções, com aquisição de competências progressivamente mais complexas em determinadas áreas funcionais. A intervenção de enfermagem é importante no sentido de facultar informação e explicitar dúvidas por forma a capacitar a criança e família perante situações novas

que poderão surgir, e consequentemente evitar emocionalidade negativa aquando a chegada das mesmas.

Indo ao encontro desta problemática, considera-se fundamental a reflexão acerca dos registos de enfermagem que deem visibilidade a estas questões. Assim, como aludem Diogo et al. (2016) muitas intervenções são de cariz emocional, tais como dar apoio, fomentar a esperança, minimizar o medo e a ansiedade. Neste sentido os enfermeiros compreendem e identificam diagnósticos de enfermagem, que valorizam a experiência emocional dos clientes no processo de saúde e doença, representando sensibilidade e abertura para as emoções do outro. Segundo Watson (2012) para cuidar o enfermeiro, deve ser capaz de perceber a condição da alma, perceber a emoção e união com o outro, permitindo que o seu recetor liberte, e expresse os seus sentimentos sendo estabelecida a subjetividade humana.

O presente documento tem como repto a abordagem não só as consultas de enfermagem, tendo em conta a importante gestão recíproca da emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem, como também examinar os diagnósticos de enfermagem associados a esta problemática. Segundo Diogo et al. (2016), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é uma terminologia padronizada que reflete e representa a prática de enfermagem, sendo utilizada para a documentação de diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados dos clientes. A CIPE, constitui-se num valioso instrumento de trabalho que promove uniformização e visibilidade aos cuidados de enfermagem, sendo este um aspeto essencial para a melhoria dos cuidados à população, dado se clarificarem conceitos e diagnósticos, harmonizam-se intervenções e resultados (OE, 2011).

O *SClinico* em cuidados de saúde primários é um sistema evolutivo desenvolvido pelos serviços partilhados do ministério da saúde (SPMS), inserindo-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do serviço nacional de saúde, que prevê a uniformização de procedimentos dos registos clínicos de forma a garantir a normalização da informação (SPMS, 2017).

Este documento visa espelhar os conhecimentos adquiridos durante a consulta de enfermagem à criança, tal como compreender quais os diagnósticos passíveis de formular em sistema informático *SClinico*, dando visibilidade à problemática em estudo.

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

Das experiências mais significativas para a minha aquisição de competências em contexto de cuidados de saúde primários, foi a observação e interação com a criança e sua família, no âmbito da consulta de enfermagem de vigilância da saúde infantil e juvenil segundo o programa nacional de saúde infantil e juvenil (DGS, 2013).

Para a OE (2010), no que concerne à saúde infantil e às consultas de enfermagem, os enfermeiros têm uma posição privilegiada para avaliar o crescimento, desenvolvimento e estado de saúde da criança, aconselhar os pais e realizar educação para a saúde. O enfermeiro especialista em enfermagem atua na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Diário da República [DR], 2018). Nas consultas de saúde infantil, foi-me proporcionado a observação e colaboração nas intervenções de enfermagem junto das crianças e suas famílias, tendo em conta o programa nacional de saúde infantil e juvenil (PNSIJ) 2013, percebendo a sua abrangência, valorizando os processos de saúde e doença, a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, a valorização dos cuidados antecipatórios, bem como a deteção atempada de situações problemáticas. Segundo a DGS (2013), a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil é uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações problemáticas, o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, assim como a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas.

No meu percurso do estágio em cuidados de saúde primários, tive a oportunidade de perceber a importância da intervenção de enfermagem, e a concretização das atividades na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, considerando-as como fundamentais. Tal como é afirmado pela OE (2010), o enfermeiro deve promover o desenvolvimento infantil trabalhando em parceria com a criança e sua família, tendo em conta as suas necessidades e circunstâncias de vida no seu tempo, desenvolvendo-se dentro do esperado para a sua idade e respeitando o seu ritmo. Durante as consultas de enfermagem utilizei a escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary-Sheridan* modificada, intervindo não apenas na avaliação da criança, como também fomentando o papel parental direcionando a família para atividades que podem promover o desenvolvimento da criança. Foram igualmente fornecidas explicações e realizados ensinamentos consoante as necessidades da criança e as preocupações da família. De acordo com a OE (2010), na intervenção de

enfermagem assertiva para promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve ter por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor devendo ter a capacidade de fomentar o papel parental, através de uma intervenção flexível e de partilha sabendo ouvir.

Nas consultas de enfermagem, destaco como essencial a valorização dos cuidados antecipatórios, estando também este aspeto relacionado com a problemática em enfermagem, gestão recíproca das emoções e da informação. Tive oportunidade de participar com a enfermeira na antecipação de conhecimentos à família que lhe iram ser fundamentais na sua preparação, e consequentemente proporcionar controlo acerca das situações, utilizando assim a informação como estratégia para a gestão emocional da criança e família. Tal como refere a DGS (2013), a valorização dos cuidados antecipatórios constitui-se como fator da saúde e prevenção da doença, facultando à família conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança, e exercício da parentalidade. Corroborando, o DR (2015) afirma que os cuidados de enfermagem especializados, têm como finalidade a promoção de competências da criança valorizando a maximização e potencialização da saúde, promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, promoção da vinculação, promoção da autoestima e reconhecimento e valorização das forças e competências da família para a intervenção. Relativamente aos cuidados antecipatórios, as atividades a desenvolver podem ser dirigidas à família, e realizadas através de sessões de informação ou distribuição de material informativo (DGS, 2013).

Por forma a atender à especificidade de cada criança e família, foi sempre tido em atenção que durante as consultas de enfermagem segundo o PNSIJ, também é “aproveitado” o contato, para a realização das vacinas cumprindo o programa nacional de vacinação (PNV) 2017, sendo crucial acompanhar e estimular o adequado estado vacinal das crianças. Este aspeto é muito importante, e mostra a integração dos cuidados nas filosofias orientadoras dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A OE (2010) afirma que o ato de vacinar é também uma oportunidade de relação com a criança e família, sendo importante que a vacinação seja acompanhada pela observação da dinâmica familiar. Atendendo ao referido pela OE (2010), os enfermeiros devem ter em consideração alguns pilares fundamentais como a imunização, junto das crianças e suas famílias. Os programas de vacinação promovem a equidade proporcional a igualdade nas oportunidades, promovendo a saúde e prevenção de doenças (DGS, 2017).

Algo que destaco da minha observação e intervenção nas consultas de enfermagem é a utilização do boletim de saúde infantil e juvenil, não só para registo da avaliação do crescimento e desenvolvimento, como para a valorização dos cuidados antecipatórios, consoante a especificidade da criança e sua família, tal como é preconizado pelo PNSIJ.

Por forma a enriquecer o meu percurso formativo em cuidados de saúde primários, e perceber as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tive oportunidade de participar em atividades no âmbito do Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015 e do Núcleo de Apoio à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (NACPCJ). Percebi a importância das intervenções de enfermagem na comunidade, tendo em conta as crianças com necessidades especiais, e a articulação entre os cuidados de saúde e a escola ou jardim de infância. Tal como, a relevância da existência do gabinete do aluno nas escolas, e o funcionamento do NACPCJ, onde o enfermeiro especialista, inserido numa equipa multidisciplinar realiza intervenções diferenciadas. A evidência, aponta para que os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção adequadas aos problemas, articulando o PNSIJ, a saúde de crianças e jovens em risco, o PNSE e o SNIPI, para a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam eventualmente afetar de forma negativa a criança, e que sejam suscetíveis de correção. É também essencial a articulação entre estruturas, programas e projetos que contribuam para o seu bem-estar, crescimento e desenvolvimento (DGS, 2013).

Pelo que já foi referido anteriormente, as consultas de enfermagem são constituídas por muitos momentos em que os enfermeiros realizam a gestão recíproca das emoções e da informação, quer seja utilizando os ensinamentos e informações nos cuidados antecipatórios que ajudam antecipadamente a gerir as emoções, quer aquando da existência de emocionalidade negativa que seja associada aos procedimentos dolorosos (como por exemplo vacinas e pensos). Assim, foram realizados esclarecimentos de dúvidas e preparação para os procedimentos, promovendo sentimento de controlo. Evidenciando-se, a importância da intervenção de enfermagem com utilização de estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação.

Tal como referem Diogo et al. (2016) os enfermeiros têm em conta que as necessidades da família relacionadas com as respostas emocionais são de

informação, repouso, expressões de preocupações, alívio emocional e promoção do conforto da criança. Pereira et al. (2010) afirmam que os enfermeiros na sua prática, têm em conta ações de Enfermagem com intencionalidade terapêutica, que são utilizadas para atingir fins terapêuticos, desta forma a mobilização destes instrumentos permite aos enfermeiros alcançar benefícios para a pessoa que cuidam.

Para a OE (2010), os princípios de desenvolvimento da criança devem ser tidos em conta aquando a intervenção de enfermagem, os padrões são previsíveis, mas não lineares e contínuos, cada criança é única e tem o seu ritmo, as relações emocionais afetivas constituem a base primária do desenvolvimento intelectual e social. Os enfermeiros devem potenciar a relação entre pais e filhos com uma atitude empática, flexível e não prescritiva. A utilização dos instrumentos de avaliação, reconhecem o brincar como essencial no desenvolvimento infantil.

Assim, ao longo deste percurso percebo a necessidade de registo das intervenções de enfermagem, não só no âmbito do crescimento e desenvolvimento, como na valorização da intervenção de enfermagem direcionada à gestão recíproca das emoções e da informação. O DR (2015) destaca que os enfermeiros especialistas no decorrer da sua intervenção, necessitam de focar a relação na criança, família e ambiente, considerando os fatores protetores e *stressores* associados às suas vivências. Estes aspetos, reportam ao modelo de sistemas de Neuman, uma vez que o cliente é visto como um todo, estando as suas partes em interação dinâmica (Freese, 2004). Tal como, também se deve destacar o trabalho em parceria com a família, em qualquer contexto de prestação de cuidados, promovendo o maior estado de saúde possível.

Nas consultas de enfermagem promovendo o crescimento e desenvolvimento da criança, percebi a pertinência das estratégias de enfermagem na gestão emocional, relacionadas com a gestão de informação, nomeadamente no que concerne aos ensinamentos e explicações fornecidos pela enfermeira em todas as situações, mas principalmente quando a criança ou a sua família expressam emocionalidade negativa associada a dúvidas acerca dos processos de saúde e doença. Posto isto, elaborei um folheto acerca das dúvidas e questões mais expressadas pela família da criança, referente à alimentação no primeiro ano de vida. Assim, para além de se realizarem explicações durante a consulta de enfermagem, a família tem hipótese de levar o folheto para casa e consultá-lo mediante a necessidade, promovendo um maior sentimento de controlo perante a vivência que experimenta.

Pelo que foi referido, é importante que sejam realizados registos acerca dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, em particular acerca desta problemática. De acordo com Diogo et al. (2016), muitas intervenções de enfermagem são de cariz emocional, sendo necessário que os enfermeiros compreendam e identifiquem diagnósticos, resultados e intervenções CIPE de dimensão emocional, atribuindo valor ao desempenho emocional. Atendendo a estes aspetos, e fazendo uso do sistema informático *SClinico* para realização dos registos, percebo quais os diagnósticos de enfermagem associados à consulta de enfermagem no âmbito do PNSIJ, com enfoque para gestão das emoções e da informação. Assim, para a realização de registos da consulta de enfermagem foi perceptível, que associados às intervenções de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, os registos contemplam o diagnóstico desenvolvimento infantil, onde a enfermeira tem a possibilidade de definir intervenções que lhe permitem avaliar o desenvolvimento da criança, registar a realização dos cuidados antecipatórios, e os parâmetros relacionados com o crescimento e desenvolvimento, através do uso da tabela de *Mary-Sheridan* modificada. Segundo a DGS (2013), a aplicação da escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary-Sheridan* modificada por parte dos profissionais já é largamente utilizada, e encontra-se integrada nos programas informáticos dos cuidados de saúde primários permitindo um melhor conhecimento dos parâmetros normais de desenvolvimento.

Nas consultas de enfermagem à criança e família, tive a oportunidade de perceber a importância da promoção da parentalidade e da vinculação do recém-nascido com a família. Neste sentido, os diagnósticos de enfermagem utilizados para o registo inserem-se no foco papel parental, e aí se encontram intervenções que visam prover a família com conhecimentos, ensinamentos e esclarecendo dúvidas não só acerca do desenvolvimento da criança, como acerca das suas atividades de vida (como alimentação, eliminação, sono e repouso), cumprimento do PNV ou prevenção de acidentes, etc. Associado a este diagnóstico, encontram-se atividades como o instruir, ensinar e treinar, sendo muitas vezes utilizado o foco papel parental para se proceder ao registo da informação fornecida nas diversas áreas em que foram realizados os ensinamentos. Tal como afirmado pela OE (2010), a intervenção dos enfermeiros junto das crianças e suas famílias deve ter em consideração pilares fundamentais como a imunização, a amamentação e alimentação diversificada, a higiene e vestuário, sono e repouso, o brincar, a segurança e os afetos. Os enfermeiros atuam orientando, supervisionando e transmitindo informação ao cliente visando a mudança de

comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação de saúde, acompanhando o processo e introduzindo as correções necessárias (OE, 2015).

Compreendi que a enfermeira valorizava as preocupações da criança e da família, estimulando a expressão dos seus sentimentos e preocupações. Segundo Diogo et al. (2016), é importante valorizar a experiência emocional dos clientes nos processos de saúde e doença, com sensibilidade e abertura para as emoções do outro e para as suas próprias emoções, sendo muitas vezes identificado o que a criança e a sua família pensam ou sentem. De acordo com Pereira et al. (2010), os enfermeiros proporcionam espaço e oportunidade para a expressão de emoções negativas, pois reconhecê-las e geri-las de forma saudável é um meio para a promoção do bem-estar. Assim, durante o decorrer do estágio tive contato com diversas situações de prestação de cuidados em que foi necessário recorrer à gestão emocional, contudo percebi que nem sempre eram registados os diagnósticos correspondentes. Ou seja, apesar de ter tido contato com situações de prestação de cuidados em que foi realizada intervenção perante a emoção (“emoção é um tipo de autoconhecimento com as características específicas: disposições para reter ou abandonar ações tendo em conta sentimentos de consciência do prazer ou da dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande stress, perturbação mental ou doença, e durante várias fases da transição da vida” [International Council of Nurses, 1999, p.46]), ou o medo da criança em procedimentos como a vacinação, esse diagnóstico não foi colocado no sistema informático *SClinico*, não lhe tendo sido dado destaque.

Com o intuito de perceber quais os diagnósticos de enfermagem, associados à problemática: gestão recíproca das emoções e da informação, realizei uma pesquisa acerca dos focos que eram passíveis de introduzir no processo do cliente pediátrico. Resultante dessa pesquisa, percebi que existem alguns focos de atenção direcionados à problemática, porém o sistema não permite que lhes seja definido um *status*, nem um diagnóstico. Assim, não é possível associar a esses diagnósticos as intervenções de enfermagem. De entre os focos encontrados relacionados com a problemática em estudo, e que não é possível elaborar o diagnóstico, realço: aceitação, bem-estar psicológico, bem-estar emocional, coping, desespero, exaustão, emoção, esperança, escuta ativa, frustração, insegurança, medo, processamento de informação, preocupação, recuperação de abuso emocional, sofrimento, crescimento, família e angústia.

Por outro lado, existem outros focos de atenção relacionados com o problema atrás referido, e que são passíveis de formular diagnósticos de enfermagem, com

definição de *status* e com intervenções associadas. Sendo eles a ansiedade, autocontrolo: ansiedade, autocontrolo: medo, comunicação expressiva, desenvolvimento infantil, humor, tristeza, papel parental e stress do prestador de cuidados. No programa informático *SClinico* são possíveis de associar a alguns destes diagnósticos, intervenções de enfermagem como: “disponibilizar suporte emocional”, “executar técnica de distração”, “executar técnica de relaxamento”, “incentivar comunicação de emoções”, “vigiar resposta comportamental”, “assistir na ansiedade” ou “instruir sobre estratégias”.

Concluo assim, que existem alguns focos de atenção em enfermagem que estão associados à gestão recíproca das emoções e da informação, contudo não é possível formular o seu diagnóstico, e por consequência não é possível associar-lhes intervenções. Porém, considero que seria bastante pertinente registar sempre todos os focos que fossem ou não passíveis de formular, pois certamente o enfermeiro realiza intervenções de enfermagem nesse âmbito, devendo as mesmas ser valorizadas no decorrer dos seus registos. A meu entender, a intervenção de enfermagem é fundamental nos cuidados de saúde primários, tendo-me proporcionado o desenvolvimento de competências.

Desta atividade destaco o desenvolvimento de competências comuns: “C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (DR, 2019, p.4748), e como competências específicas: “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (DR, 2018, p. 19193-19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P., Sousa, O. L., Rodrigues, J., Caeiro, M. J. & Fonseca, R. (2016). Diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais dos cuidadores familiares da criança hospitalizada. *Investigação Qualitativa em Saúde* (2), 513-523.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ercan, S. (2003). Relationship Between Psychological Preparation, Preoperative and Postoperative Anxiety, and Coping Strategies in Children and Adolescents Undergoing. Graduate School of Social Sciences Tese de Mestrado. Turquia.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (5ª edição, pp 163-183)*. Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses. (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Geneva.
- Masaajari, H., Sarajarvi, A., Koskinen, H., Autere, S. & Paavilainen, E. (2005). Patients' Perceptions of Emotional Support and Information Provided to Family Members. *Aorn Journal*, 81 (5), 1030-1038.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 3 (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, (14) 1, 24-38.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.

Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2017). Acedido a 5/11/2018. Obtido de: <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicocsp-2/>

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

Apêndice X – Poster - Brincar a Linguagem Universal da Criança

Brincar - A Linguagem Universal da Criança

Porque o brincar é tão importante?

- O brincar terapêutico assume-se como instrumento da relação terapêutica enfermeiro-criança, pois facilita a expressão de sentimentos e o estabelecimento de uma relação empática.
- O brincar é uma forma de comunicação próxima com a criança, promove o seu sentimento de controlo, sendo essencial para o seu bem estar. Para além do seu valor terapêutico enquanto gestor do estado emocional, é também promotor do desenvolvimento.



Quais as funções do brincar?

- Comunicação próxima com a criança;
- Diversão e relaxamento;
- Maior segurança;
- Meio de libertação de sentimentos;
- Apazigua o medo e o stress;
- Incentiva a interação;
- Desenvolvimento de atitudes positivas;
- Meio para realização de objetivos terapêuticos (ex. vacinas, pensos);
- Promove a colaboração da criança;
- Proporciona a construção da relação de confiança;



Quais as vantagens de brincar com a criança?

- Serve como instrumento de avaliação;
- Revela as perceções da criança sobre as suas relações interpessoais com família e amigos;
- Demonstra habilidades e conhecimentos adquiridos;
- Reorganiza os detalhes de um procedimento desagradável - desenvolve o *coping*;
- Pode e deve ser usado para a preparação da criança para procedimentos e para incentivar a sua colaboração durante os mesmos;



Referências Bibliográficas:

- Hackworth, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em: Hackworth, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (2ª ed., pp 1025-1080). Loures: Lusociência.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 5 anos) através da Atividade do Brincar: Analisando a Cuidado da Enfermagem em Contexto de Internamento do Pediatra. *Pensar Enfermagem* (14) 1, 38-55.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia Orientador de boas práticas em enfermagem da saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série 1. 1(1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Elaborado Por:

- Enfª Liliana Martinho (2ª CMESIF Escola Superior de Enfermagem do Lisboa)
- Com Orientação da Enfª SSP:

Apêndice XI – Folheto – Alimentação no Primeiro Ano de Vida

10/11 meses

- Pode iniciar-se peixe como o salmão (15gr por dose);
- Aos 11 meses clara do ovo;
- Pode gradualmente dar leguminosas secas, bem demolhadas, sem casca e em pequenas porções (feijão, ervilha, fava, grão e lentilha);

12 meses

- Iniciar dieta familiar saudável;
- Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços (sopa, 2º prato e fruta);
- Pode ser introduzido o espinafre, o nabo, a nabíça, a beterraba e o aipo;
- A partir dos 12 meses pode oferecer em pequenas porções morango, framboesa, amora, kiwi e maracujá;
- Não dar: condimentos, enchidos, doces e frutos secos;



Conselhos úteis

- O leite de vaca nunca deve ser introduzido antes dos 12 meses (preferencialmente aos 24-36 meses);
- Os frutos devem ser consumidos inteiros e individualizados para treino do paladar;
- A água deve ser oferecida várias vezes ao dia;

A introdução dos alimentos não deve ser rígida, mas deve ter em atenção que a saúde do seu bebé está relacionada com a alimentação, prefira alimentos saudáveis e de acordo com o recomendado, caso tenha dúvidas fale com o seu enfermeiro de família.



Fontes:

- * Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. Acta Pediátrica Portuguesa, vol. 43 (5), S17-S40.
- * Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual do Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Contatos:

Centro de Saúde de Torres Vedras - 261 336 350

Elaborado por:

- * EnF Liliana Martinho (a frequentar o 9º CMESIP Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);



Alimentação no Primeiro Ano de Vida



Até aos 6 meses...

O seu bebé deve ser alimentado com leite materno exclusivo, sempre que possível.

⇒ Vantagens do leite materno para o seu bebé:

- Alimento completo e saudável adequado ao seu crescimento e desenvolvimento;
- Protege-os contra doenças (alergias, infeções respiratórias e otites);
- Reforça o vínculo entre a mãe e o filho;
- Reduz o risco de doenças crónicas em adulto;

⇒ Vantagens do leite materno para a mãe:

- Fortalece o vínculo entre a mãe e filho;
- É prático e económico;
- Diminui o aparecimento de doenças como a osteoporose;



Não se devem introduzir papas ou quaisquer outros alimentos antes dos 4 meses.

A partir dos 5/6 meses...

⇒ 1ª sopa - base: batata + cenoura ou abóbora

- Deverá introduzir um ingrediente novo a cada 3 a 4 dias de intervalo (alface, brócolos, couve branca, curgete e alho-francês);
- Não dar espinafre, nabo, nabiça, beterraba e aipo, antes dos 12 meses;
- Não adicionar sal;
- Juntar 1 colher de chá de azeite em cru, antes de oferecer a sopa ao bebé;
- Poderá confeccioná-la de 2 em 2 dias e armazená-la no frigorífico;
- Os legumes devem ser reduzidos a puré;
- Volume máximo 200 ml;



Fruta

- Iniciar com banana esmagada e maçã ou pera preferencialmente a vapor, cozidas ou assadas;
- Ir progressivamente introduzindo fruta da época, com exceção de morangos, amora, kiwi, maracujá e citrinos que só deveram ser introduzidos cerca dos 12 meses;



Carne

- Cerca de 10gr por refeição, e ir aumentando gradualmente até às 25-30 gr/dia a partir do 7º mês;
- Cozer a carne em separado da sopa, e isenta de gorduras;
- Iniciar com carne de aves (frango, peru ou avestruz) e coelho;



Papas

- Não láctea - preparar com o leite habitual do bebé;
- Láctea - preparar com água;
- Até aos 6 meses dar papas sem glúten, aos 6/7 meses dar papas com glúten;
- Deverá ser preparada em prato e dada com colher, 1 vez/dia;



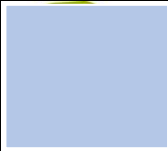
7/8 meses

- Introduzir 10gr de peixe (pescada, solha, linguado ou faneca) e ir aumentando progressivamente até às 30gr/dia, pode ser dividida em duas sopas/dia;
- Deve ser cozido em separado da sopa e isento de gorduras;
- Outras frutas como manga, papaia ou pera abacate;

9 meses

- 1/2 gema de ovo cozido (em vez da carne ou peixe) durante 2 a 3 semanas e posteriormente a totalidade da gema, no máximo 2 a 3 vezes por semana;
- Iogurte natural (sem açúcar ou mel, pode adicionar fruta);
- A partir dos 8/9 meses pode adicionar-se à carne e peixe, arroz, massa ou batata cozidos sempre com legumes;
- Os alimentos devem ir sendo cada vez menos triturados por forma a estimular a mastigação;

Apêndice XII – Norma de Procedimento de Enfermagem sobre a Alimentação no
Primeiro Ano de Vida

		NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA		Página: nº 1 / 3	
Elaborado em: 29/11/2018 Autoras: Liliana M. (9ªCMEESIP) 		Aprovação em: / / Direção de enfermagem: P'		Revisão em: Por:	
TÍTULO DA NORMA: Alimentação no Primeiro Ano de Vida.					
Localização: Sala de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil		Norma:		Edição: <u>1ª</u>	
DEFINIÇÃO: Os ensinos, bem como o folheto informativo constituem-se como uma importante ferramenta, que permite divulgar à família do bebé conhecimentos que promovem o desenvolvimento de competências na introdução e posterior diversificação da alimentação complementar no primeiro ano de vida. OBJECTIVOS: Uniformizar procedimentos de Enfermagem nos ensinos acerca da introdução dos alimentos no primeiro ano de vida; Realizar ensinos à família acerca da alimentação do bebé no primeiro ano de vida. QUEM A EXECUTA: O enfermeiro. RECURSOS MATERIAIS: Folheto – Alimentação no Primeiro Ano de Vida.					

INFORMAÇÕES GERAIS:

A prática de uma alimentação saudável deverá ser completa, variada e equilibrada, proporcionando energia e bem-estar físico ao longo do dia. Neste sentido percebendo que os seus benefícios assentam na manutenção de um bom estado físico e mental, tal como um adequado crescimento e desenvolvimento das crianças é essencial que as recomendações e orientações sejam realizadas nesse sentido. O folheto em anexo pretende fornecer recomendações acerca da alimentação no primeiro ano de vida, em particular a idade de início e o tipo de alimentos a introduzir, tendo por base a evidência científica.

É necessária uma adequada maturação fisiológica da função gastrintestinal e renal para uma adequada digestão, absorção e metabolização dos alimentos para além do leite. Da mesma forma, a maturação neuro-

	NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA		Página: nº 2 / 3
Elaborado em: 29/11/2018 Autoras: Liliana M. (9ºCMEESIP) 	Aprovação em: / / Direção de enfermagem: P'		Revisão em: Por:
Localização: Sala de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil	Norma:	Edição: <u>1ª</u>	

desenvolvimental representa um processo necessário para a progressão segura do plano de diversificação alimentar até à alimentação familiar.

Evidencia científica demonstra que o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses é benéfico para a saúde, a partir desta idade o volume de leite ingerido pelo bebé torna-se insuficiente, não suprimindo as necessidades energéticas e proteicas.

É fundamental conseguir transmitir à família do bebé que a alimentação tem um papel preponderante no desenvolvimento e no bem-estar do ser humano, e que poderá ter consequências futuras na saúde da criança, nomeadamente doenças crónicas.

Assim, não faz sentido que haja restrições, a capacidade para o bebé aceitar novos sabores, principalmente amargos ou ácidos vai aumentando gradualmente à medida que se vai familiarizando com os mesmos. Pelo que foi enunciado, a partir dos 6 meses as necessidades nutricionais, energéticas, proteicas, de ferro, zinco e outras vitaminas aumentam, pelo que deverá proceder-se à introdução de alimentos de textura progressivamente menos homogénea, até à inserção na dieta familiar que deverá ocorrer a partir dos 12 meses de idade. É relevante atender a que existem “janelas de oportunidade” para o desenvolvimento de todas as capacidades e treino de aceitação de alimentos, progressivamente mais sólidos e de paladares e texturas diferentes.

É importante referir que a cronologia da introdução dos alimentos não pode ser rígida, e deve ter em consideração fatores de ordem cultural, social, costumes de cada religião, temperamento da criança, disponibilidades de cada agregado familiar e as particularidades do lactente, como doenças alérgicas e outras. Atendendo a estes aspetos, a introdução dos alimentos não deve ocorrer antes dos 4 meses, mas preferencialmente cerca dos 6 meses. Até essa altura é importante a amamentação em exclusivo.

Uma diversificação alimentar efetuada no momento certo, através da introdução de alimentos de consistência, densidade energética e nutricional adequada, administradas na quantidade e frequência corretas, garantirá uma oferta equilibrada garantindo a estimulação do apetite e a procura de novos paladares e texturas para a vida. Indo ao encontro disto, é relevante referir que para um padrão de crescimento desejável no primeiro ano de vida não se torna necessário treinar, mas sim estimular precocemente o treino do paladar para sabores não doces. Conclui-se assim, que a fase de introdução e diversificação alimentar do bebé é importante, e deve decorrer de forma tranquila e informada, sendo o folheto uma ferramenta essencial para a sistematização dos ensinamentos.

	NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA		Página: nº3 / 3
Elaborado em: 29/11/2018 Autor: Liliana M. (9ºCMEESIP) 	Aprovação em: / / Direção de enfermagem: P'		Revisão em: / /
Localização: Sala de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil		Norma:	Edição: <u>1ª</u>
PROCEDIMENTOS - Realização de ensinamentos acerca da alimentação em momentos chave e/ou sempre que os pais o solicitem; - Fornecer folheto informativo acerca da alimentação no primeiro ano de vida; - Adequar a informação disponibilizada no folheto a cada criança e família em particular;		JUSTIFICAÇÃO - Proporcionar um maior conhecimento sobre a adequada introdução dos alimentos na alimentação complementar no primeiro ano de vida; - Disponibilizar documento escrito para consulta/leitura sempre que surjam dúvidas ou questões;	
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA: - Direção Geral de Saúde. (2018). <i>Alimentação Saudável</i> . Acedido a 10/11/2018. Obtido de http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/ - Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. <i>Acta Pediátrica Portuguesa</i> , 43 (5), S17-S40. - Levy, L. & Bértolo, H. (2012). <i>Manual do Aleitamento Materno</i> . Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.			

Apêndice XIII – Sessão de Formação “Cuidar da Criança e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem” –
Apresentação de Atividades de Estágio



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

Relatório de Estágio

Sessão de Formação:
“Cuidar da criança e da sua família: a gestão recíproca das
emoções e da informação enquanto intervenção de
enfermagem” – Apresentação de Atividades de Estágio

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Novembro, 2018

CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS

Tendo em conta as tendências atuais e as necessidades de cuidados, torna-se importante referir que a intervenção de enfermagem especializada na saúde da criança e do jovem, pode atuar em qualquer contexto onde estejam crianças que necessitem de cuidados de enfermagem, apontando para a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado (Diário da República [DR], 2015). Assim, durante a prestação de cuidados neste contexto de estágio, enfatizei a pertinência da problemática em estudo acerca da gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem. Assim, por forma a sensibilizar o grupo de enfermeiros, surge esta sessão de formação intitulada “Cuidar da criança e sua família: Gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem”.

Esta sessão de formação, também se constitui num momento de reflexão e pensamento crítico, o pensamento crítico é um processo complexo de desenvolvimento que se baseia em ideias racionais e deliberadas (Hockenberry & Barrera, 2014). Consistiu-se também, num momento de partilha de conhecimentos e permitiu a apresentação das atividades realizadas ao longo do estágio.

Almejando responder à existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (DR, 2015), enunciada pelo regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, defini como objetivos gerais para a sessão de formação:

- Expor a problemática: cuidar da criança e sua família: gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem;
- Apresentar as atividades realizadas durante o estágio;

E como objetivos específicos:

- Contextualizar a gestão recíproca das emoções e da informação, neste contexto de cuidados;
- Explicitar a fundamentação teórica acerca da problemática;
- Analisar o folheto elaborado acerca da alimentação no primeiro de vida;
- Apresentar o poster acerca do brincar como linguagem universal da criança;

EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A sessão de formação decorreu no dia e hora previstos para a sua realização. Foi elaborado previamente um plano de sessão (Apêndice I), o qual foi cumprido no que diz respeito aos aspetos a tratar, tal como no tempo previsto para a sua exposição. No que concerne à abordagem da problemática, esta foi apresentada e fundamentada, constituindo-se num mote para reflexão com exemplos da prática de cuidados, introduzindo um momento de partilha e reflexão acerca das mesmas.

Esta sessão (Apêndice II) teve também como objetivo a apresentação das atividades realizadas ao longo do estágio, fundamentando a pertinência no meu projeto individual de trabalho, obtendo contributos importantes para o desenvolvimento de competências. No que concerne à apresentação do folheto acerca da alimentação no primeiro ano de vida, o grupo de enfermeiros para além de enaltecer a pertinência do mesmo para este contexto de cuidados, realçou-o como uma necessidade de serviço, certificando que iria ser algo bastante útil na prestação de cuidados. Por último, realizei a apresentação do poster direcionado aos enfermeiros e à família da criança, alusivo à importância do brincar, o mesmo foi recebido com agrado pelo grupo de enfermeiros e afixado na sala de trabalhos de enfermagem (Apêndice III).

Considero assim, que esta sessão de formação para além de um momento de partilha de conhecimentos, constituiu-se também num momento de reflexão bastante enriquecedor e motivador para a continuação do meu percurso de aprendizagens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Regulamento nº 351/2015. (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano de Sessão

Sessão de Formação - Plano de sessão

Tema: Cuidar da Criança e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem – Apresentação de Atividades Realizadas em Estágio

Local: Sala de Enfermagem

Data: 29/11/2018

Hora: 14:30-15:00H

Objetivos Gerais:

- Expor a problemática: cuidar da criança e sua família: gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem;
- Apresentar as atividades realizadas durante o estágio;

Objetivos Específicos:

- Contextualizar a gestão recíproca das emoções e da informação neste contexto;
- Explicitar a fundamentação teórica acerca da problemática;
- Analisar o folheto elaborado acerca da alimentação no primeiro de vida;
- Apresentar o poster acerca do brincar como linguagem universal da criança;

Conteúdos	Métodos e Recursos	Tempo
Introdução - Apresentação da problemática, da sua pertinência e objetivos da sessão;	Método expositivo Computador + Data-show	5 min
Desenvolvimento - Explicitação da pertinência da problemática neste contexto de cuidados; - Enquadramento teórico; - Apresentação do folheto acerca da alimentação no primeiro ano de vida; - Apresentação do poster brincar como a linguagem universal da criança; - Exploração da problemática, com exemplos da prática que demonstrem a sua pertinência;	Método Expositivo e Interativo Computador + Data-show	15 min
Avaliação - Esclarecimento de dúvidas; - Discussão e reflexão sobre as práticas;	Método Interrogativo	10 min

Apêndice II – Conteúdos da Sessão de Formação

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Cuidar da Criança
e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções
e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem**

Apresentação das Atividades Realizadas em Estágio

Liliana Moreira

Professora Orientadora
Prof.ª Doutora Paula Diogo

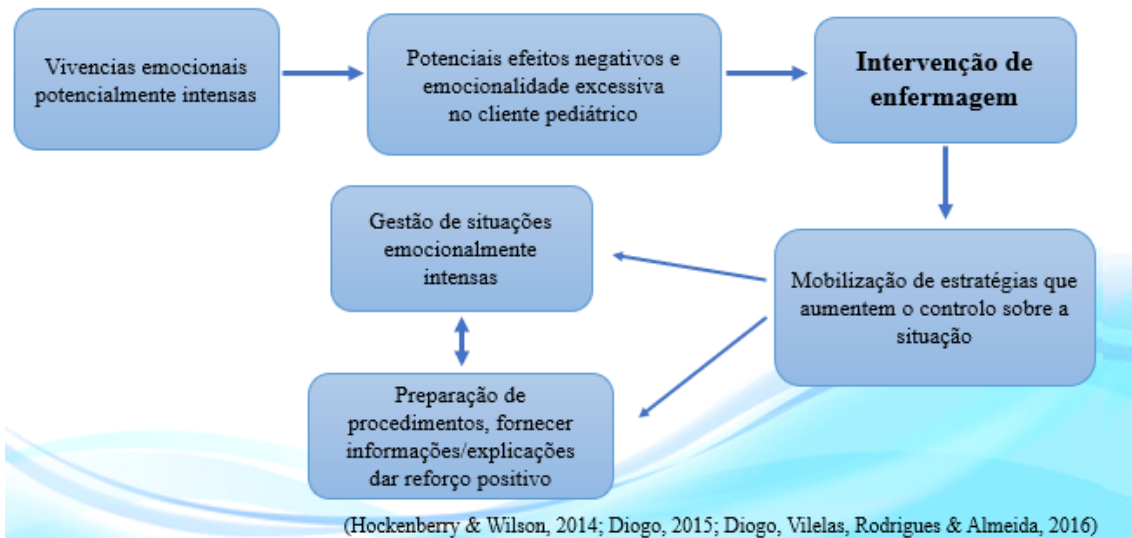
Enfermeira Orientadora

29 de Novembro de 2018

Sumário

- Apresentação do tema;
- Fundamentação teórica;
- Apresentação das atividades realizadas em estágio:
 - Folheto acerca da alimentação no primeiro ano de vida;
 - Poster acerca do brincar enquanto linguagem universal da criança

Fundamentação Teórica (cont.)



Fundamentação Teórica



Apresentação de Atividades Realizadas em Estágio:

- Folheto: Alimentação no primeiro ano de vida
- Poster: Brincar a linguagem universal da criança

Folheto alimentação 1º Ano de Vida

10/11 meses

- Pode iniciar-se pelo arroz e batido (30g por dia);
- Aos 11 meses (dia de arroz);
- Pode gradualmente dar leguminosas cozidas, bem desfiadas, com carne e em pequenas porções (chão, ervilha, feijão, grão e lentilha);

12 meses

- Iniciar com farinha vegetal;
- Os alimentos devem ser dados em pequenas porções (sopa, 2º prato e fruta);
- Pode ser introduzido o espinafco, o nabo, a couve, o brócolos e o aipo;
- A partir dos 12 meses pode oferecer-se pequenas porções de queijo, batatinha, amêijoas, ovos e macarrão;
- Não dar condimentos, melchões, doces e frutos secos;

Conselhos gerais

- O leite de vaca nunca deve ser introduzido antes dos 12 meses (preferencialmente aos 24-36 meses);
- Os frutos devem ser consumidos sempre e individualmente para evitar as alergias;
- A água deve ser oferecida várias vezes ao dia;

A introdução dos alimentos não deve ser rápida, mas deve ter-se em atenção que a saúde do seu bebé está intimamente ligada à alimentação, por isso **alimentar, nutrir** e de acordo com a recomendação, caso tenha dúvidas fale com o seu enfermeiro de família.



Fontes:

- Oliveira, A., Rêgo, C., Silva, D., Pereira, G., Maciel, M., Antunes, H. & Pereira, B. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactante. Acta Paediatrica Portuguesa, vol. 43 (2), 517-540;
- Levy, L. & Bérard, M. (2012). Manual de Alimentação Infantil. Conselho Português para a UNICEF, Conselho Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebé;

Colaboração:

Centro de Saúde de Torres Vedras - 261 234 233
UCISP São Pedro da Cadeira - 261 817 180

Elaborado por:

- Dr.ª Lídia Miranda (a frequentar a 1ª UCISP Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);
- Cui.ª Graça da Dr.ª UCISP Instituto Oncológico UCISP São Pedro da Cadeira;

Alimentação no Primeiro Ano de Vida



Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

Até aos 6 meses...

O seu bebé deve ser alimentado com leite materno exclusivo, sempre que possível.

⇒ Vantagens do leite materno para o seu bebé:

- Alimento completo e saudável adequado ao seu crescimento e desenvolvimento;
- Protege-os contra doenças (alergias, infeções respiratórias e otites);
- Reforça o vínculo entre a mãe e o filho;
- Reduz o risco de doenças crónicas em adulto;

⇒ Vantagens do leite materno para a mãe:

- Fortalhece o vínculo entre a mãe e filho;
- É prático e económico;
- Diminui o aparecimento de doenças como a osteoporose;

Não se devem introduzir papas ou quaisquer outros alimentos antes dos 4 meses.



A partir dos 5/6 meses...

⇒ 1º soga: leite materno + alimentos sólidos

- Deve ser introduzido um ingrediente novo a cada 3 a 4 dias de intervalo (alface, brócolos, carne branca, carne e alto-frasco);
- Não dar espinafres, nabos, nabos, beterraba e aipo, antes dos 12 meses;
- Não adicionar sal;
- Passar 1 colher de chá de leite ao leite, antes de adicionar a sopa ao bebé;
- Podem introduzir-se de 2 em 2 dias e aumentar-se ao longo do tempo;
- Os legumes devem ser reduzidos a puré;
- Volume máximo 200 ml;

Fruta

- Iniciar com banana amassada e macia ou puré preferencialmente a vapor, cozida em água;
- Ir progressivamente introduzindo fruta de época, com exceção de morango, amora, kiwi, manga e citrinos que só devem ser introduzidos aos 12 meses;

Carne

- Carne de 10g por refeição, e ir aumentando gradualmente até às 50-60 g por dia a partir do 7º mês;
- Começar a carne em separado da sopa, e depois de cozida;
- Iniciar com carne de aves (frango, peru ou coelho) e cordeiro;




Papas

- Não lactar - preparar com o leite materno do bebé;
- Lactar - preparar com água;
- Até aos 6 meses dar papas sem glúten, aos 6/7 meses dar papas com glúten;
- Deve ser preparada em prato e dada com colher, 1 vez/dia;



7/8 meses

- Introduzir 10g de peixe (pescada, salmão, linguado ou bacalhau) e ir aumentando progressivamente até às 30g/dia, pode ser dividido em duas refeições;
- Deve ser cozido em separado da sopa e feito de garfos;
- Outras frutas como manga, papaia ou pera amassadas;

9 meses

- 1/2 gema de ovo cozido (sem casca ou com casca) durante 2 a 3 minutos e posteriormente a totalidade da gema, no máximo 1 a 3 vezes por semana;
- Ingente natural (sem açúcar ou sal, pode adicionar limão);
- A partir dos 9/10 meses pode adicionar-se à carne e peixe, arroz, massa ou batata cozidos sempre com legumes;
- Os alimentos devem ir sendo cada vez menos triturados por forma a estimular a mastigação;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

Até aos 6 meses - Leite materno exclusivo, sempre que possível;

Vantagens para o bebé

- Alimento completo e saudável adequado ao seu crescimento e desenvolvimento;
- Protege-os contra doenças (alergias, infeções respiratórias e otites);
- Reforça o vínculo entre a mãe e o filho;
- Reduz o risco de doenças crónicas em adulto;

Vantagens para a mãe

- Fortalece o vínculo entre a mãe e filho;
- É prático e económico;
- Diminui o aparecimento de doenças como a osteoporose;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

Papas

- ☺ Não láctea - preparar com o leite habitual do bebé;
- ☺ Láctea - preparar com água;
- ☺ Até aos 6 meses dar papas sem glúten, aos 6/7 meses dar papas com glúten;
- ☺ Deverá ser preparada em prato e dada com colher, 1 vez/dia;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

Fruta

- ☺ Iniciar com banana esmagada e maçã ou pera preferencialmente a vapor, cozidas ou assadas;
- ☺ Ir progressivamente introduzindo fruta da época, com exceção de morangos, amora, kiwi, maracujá e citrinos, que só deveram ser introduzidos cerca dos 12 meses;

Carne

- ☺ Cerca de 10gr por refeição, e ir aumentando gradualmente até às 25-30 gr/dia a partir do 7º mês;
- ☺ Cozer a carne em separado da sopa, e isenta de gorduras;
- ☺ Iniciar com carne de aves (frango, peru ou avestruz) e coelho;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

A partir dos 5/6 meses...

1ª sopa – base: batata + cenoura ou abóbora

- ☺ Deverá introduzir um ingrediente novo a cada 3 a 4 dias de intervalo (alface, brócolos, couve branca, curgete e alho-francês);
- ☺ Não dar espinafre, nabo, nabiça, beterraba e aipo, antes dos 12 meses;
- ☺ Não adicionar sal;
- ☺ Juntar 1 colher de chá de azeite em cru, antes de oferecer a sopa ao bebé;
- ☺ Poderá confeccioná-la de 2 em 2 dias e armazená-la no frigorífico;
- ☺ Os legumes devem ser reduzidos a puré;
- ☺ Volume máximo 200 ml;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

7/8 meses

- ❖ Introduzir 10gr de peixe (pescada, solha, linguado ou faneca) e ir aumentando progressivamente até às 30gr/dia, pode ser dividida em duas sopas/dia;
- ❖ Deve ser cozido em separado da sopa e isento de gorduras;
- ❖ Outras frutas como manga, papaia ou pera abacate;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

9 meses

- ❖ 1/2 gema de ovo cozido (em vez da carne ou peixe) durante 2 a 3 semanas e posteriormente a totalidade da gema, no máximo 2 a 3 vezes por semana;
- ❖ Iogurte natural (sem açúcar ou mel, pode adicionar fruta);
- ❖ A partir dos 8/9 meses pode adicionar-se à carne e peixe, arroz, massa ou batata cozidos sempre com legumes.
- ❖ Os alimentos devem ir sendo cada vez menos triturados por forma a estimular a mastigação;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

10/11 meses

- ❖ Pode iniciar-se peixe como o salmão (15gr por dose);
- ❖ Aos 11 meses clara do ovo;
- ❖ Pode gradualmente dar leguminosas secas, bem demolhadas, sem casca e em pequenas porções (feijão, ervilha, fava, grão e lentilha);

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

12 meses

- ❖ Dieta familiar saudável;
- ❖ Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços (sopa, 2º prato e fruta);
- ❖ Pode ser introduzido o espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo;
- ❖ A partir dos 12 meses pode oferecer em pequenas porções morango, framboesa, amora, kiwi e maracujá;
- ❖ Não dar: condimentos, enchidos, doces e frutos secos;

Folheto alimentação 1º Ano de Vida (cont.)

Conselhos Úteis

- ❖ O leite de vaca nunca deve ser introduzido antes dos 12 meses (preferencialmente aos 24-36 meses);
- ❖ Os frutos devem ser consumidos inteiros e individualizados para treino do paladar;
- ❖ A água deve ser oferecida várias vezes ao dia;

Brincar - a Linguagem Universal da Criança

- O brincar terapêutico assume-se como instrumento da relação terapêutica infante-criança, pois facilita a expressão de sentimentos e o estabelecimento de uma relação empática.
- O brincar é uma forma de comunicação próxima com a criança, promove o seu sentimento de controle, sendo essencial para o seu bem estar. Para além do seu valor terapêutico enquanto gerador de estado emocional, é também promotor do desenvolvimento.



- Comunicação primeira com a criança;
- Divisão e relacionamento;
- Maior segurança;
- Meio de libertação de sentimentos;
- Adaptação ao meio e o ritmo;
- Incentivo a interação;
- Desenvolvimento de atitudes positivas;
- Meio para realização de objetivos terapêuticos (ex. vacinas, testes);
- Promove a colaboração da criança;
- Promove a construção da relação de confiança.



* Serve como instrumento de avaliação.

- Serve como instrumento de avaliação;
- Revela a percepção da criança sobre as suas relações interpessoais com família e amigos;
- Demonstra habilidades e conhecimentos adquiridos;
- Esclarece os detalhes de um procedimento desagradável - desenvolve o coping;
- Pode e deve ser usado para a preparação da criança para procedimentos e para incentivar a sua colaboração durante os mesmos.



Editorial: William A. Stassen

Referencias Bibliográficas:
 BERNARDINI, M. J. (2011). Contrastes e paralelos entre o Brasil e os Estados Unidos. In: A. Viana, *Relações do Brasil e o mundo*. Rio de Janeiro: Littera. (capítulo 10).
 FERNES, A.; FERNES, V.; FERNES, V. & SILVA, P. (2011). *Brasil e Estados Unidos: o Brasil sob o olhar de um brasileiro e o Brasil sob o olhar de um americano*. Rio de Janeiro: Littera.
 FERNES, A.; FERNES, V.; FERNES, V. & SILVA, P. (2011). *Brasil e Estados Unidos: o Brasil sob o olhar de um brasileiro e o Brasil sob o olhar de um americano*. Rio de Janeiro: Littera.
 FERNES, A.; FERNES, V.; FERNES, V. & SILVA, P. (2011). *Brasil e Estados Unidos: o Brasil sob o olhar de um brasileiro e o Brasil sob o olhar de um americano*. Rio de Janeiro: Littera.

Abstract.

Elaborate: For
 * http://www.ck12.org/ck12-wiki/index.php/CK12:CK12_Science_Bridges_to_Middle_School_Science
 & http://www.ck12.org/ck12-wiki/index.php/CK12:CK12_Science_Bridges_to_Middle_School_Science

Porque o brincar é tão importante?

- ✓ O brincar terapêutico assume-se como instrumento da relação terapêutica enfermeiro-criança, pois facilita a expressão de sentimentos e o estabelecimento de uma relação empática.
- ✓ O brincar é uma forma de comunicação próxima com a criança, promove o seu sentimento de controlo, sendo essencial para o seu bem estar. Para além do seu valor terapêutico enquanto gestor do estado emocional, é também promotor do desenvolvimento.

Poster - Brincar (cont.)

Quais as funções do brincar?

- * Comunicação próxima com a criança;
 - * Diversão e relaxamento;
 - * Maior segurança;
- * Meio de libertação de sentimentos;
 - * Apazigua o medo e o stress;
 - * Incentiva a interação;
- * Desenvolvimento de atitudes positivas;
- * Realização de objetivos terapêuticos (ex. vacinas, pensos);
 - * Promove a colaboração da criança;
- * Proporciona a construção da relação de confiança;
 - * Ferramenta útil para a realização de ensinamentos;

Poster - Brincar (cont.)

Quais as vantagens de brincar?

- ✓ Serve como instrumento de avaliação;
- ✓ Revela as perceções da criança sobre as suas relações interpessoais com família e amigos;
- ✓ Demonstra habilidades e conhecimentos adquiridos;
- ✓ Reorganiza os detalhes de um procedimento desagradável - desenvolve o coping;
- ✓ Pode e deve ser usado para a preparação da criança para procedimentos e para incentivar a sua colaboração durante os mesmos;

Referências Bibliográficas

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta;
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª edição, pp 163-183). Loures: Lusociência.
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol. 43 (5), S17-S40.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). Carta da Criança Hospitalizada. Obtido de: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospita_lizada.pdf
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Referências Bibliográficas (cont.)

- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual do Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I. 2(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Procede à alteração da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República 2ª série*, N.º 35 (18-02-2011) 8649-8653.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Procede à alteração ao Regulamento n.º 123/2011. *Diário da República 2ª série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed, pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

Apêndice III – Afixação do poster elaborado na Sala de Enfermagem

Brincar - A Linguagem Universal da Criança

Porque o Brincar é tão importante?

- O brincar impulsiona o desenvolvimento da relação interpessoal, afetiva e emocional, pois facilita a expressão de sentimentos e o estabelecimento de uma relação interpessoal.
- O brincar é uma forma de comunicação pré-linguagem e a criança, portanto, é um instrumento de contato, sendo essencial para o seu bem-estar. Para além da sua valor terapêutico enquanto suporte da auto-estima, é também instrumento de desenvolvimento.



Quais as funções do brincar?

- Comunicação pré-linguagem com o outro;
- Desenvolvimento emocional;
- Meio de expressão de sentimentos;
- Aprendizagem do mundo e a si;
- Internalização de regras;
- Desenvolvimento de atitudes positivas;
- Meio para realização de objetivos, aprendizagem (ex. matemática, português);
- Procura a satisfação do prazer;
- Proporciona a libertação da tensão e da ansiedade.



Quais as vantagens de brincar com a criança?

- Desenvolve a criatividade e a imaginação;
- Desenvolve as capacidades da criança através de seus próprios recursos e sem a intervenção do adulto;
- Desenvolve a habilidade de resolver problemas e lidar com a frustração;
- Desenvolve a capacidade de lidar com a dor e a tristeza;
- Pode o brincar ser usado para a promoção da criança para o desenvolvimento e para a aquisição de uma relação duradoura e saudável.



Referências Bibliográficas

BRUNER, J. (1978). *Desenvolvimento da Criança*. Rio de Janeiro: J. Zahar.

Referências

BRUNER, J. (1978). *Desenvolvimento da Criança*. Rio de Janeiro: J. Zahar.

Apêndice XIV – Aprendizagens numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais...



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

Relatório de Estágio

Aprendizagens numa Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais...

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Janeiro, 2019

APRENDIZAGENS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS...

O nascimento de uma criança é um acontecimento muito importante que ocorre na vida de uma família, contudo também pode significar uma grande fonte de *stress* associado à exigência de prestação de cuidados, reorganização conjugal e familiar. Quando a situação clínica do recém-nascido carece de internamento numa unidade de neonatologia, o *stress* é bastante expressivo, podendo as emoções ser sentidas intensamente, interferindo com o seu bem-estar (Diaz, Fernandes & Correia, 2014). Corroborando, Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014) afirmam que quando os pais têm um filho prematuro, esse momento é repleto de emoções intensas e confusas, muitas vezes difíceis de gerir pelos próprios e mesmo pelos profissionais de saúde. Segundo os mesmos autores, as emoções mais frequentemente identificadas dizem respeito à angústia, sofrimento, insegurança, ansiedade, medo, *stress*, tristeza, culpabilização materna, sensação de insignificância, raiva e depressão. No decorrer da minha aprendizagem em contexto de neonatologia, pela observação e interação na prestação de cuidados ao recém-nascido e família, identifiquei muitas dessas emoções. Compreendi o sofrimento na face dos pais de um recém-nascido que tinha nascido cedo demais, percebi o medo, o *stress* e a insegurança, naqueles que apesar de quererem participar nos cuidados, não se sentiam confiantes. Em algumas famílias percebi, a tristeza de acompanhar o seu recém-nascido há já algum tempo internado, e não serem visíveis as melhoras rápidas que todos ansiavam. Neste sentido, apreendi num contexto de prestação de cuidados onde não tinha experiência, a relevância da intervenção de enfermagem não só nos cuidados de alta complexidade ao recém-nascido, mas também nos cuidados de enfermagem focalizados na família, fomentando a que experimentem uma vivência o mais positiva possível, aproveitando a oportunidade para o crescimento e desenvolvimento de competências parentais (Fernandes et al., 2014).

Durante a prestação de cuidados ao recém-nascido e sua família, valorizei os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados, tendo em conta que o trabalho em parceria com a família é uma mais-valia não só na relação entre recém-nascido e família, como na relação enfermeiro e família. A família tem direito a ser informada e a participar nos cuidados ao seu filho, tal como o direito à obtenção de intervenções que promovam o benefício para ambos, respondendo às suas necessidades e promoção de bem-estar. Como referem Diaz, Caires e Correia (2016) atendendo à

melhoraria das práticas, é importante que o enfermeiro construa uma relação de confiança com os pais, englobando os cuidados centrados na família, fundamentados nos princípios de respeito, partilha de informação e colaboração. No decorrer da minha prática, compreendi a família como fundamental para a o recém-nascido, forneci sempre informação acerca dos cuidados e valorizei a participação da família nos cuidados, oferecendo a minha disponibilidade para estar presente.

Durante o estágio neste contexto de neonatologia, mais especificamente nos cuidados intensivos neonatais, pude compreender que dos momentos emocionalmente mais intensos, é o primeiro contato da família com o recém-nascido. Isto porque, normalmente devido à situação clínica do bebê, a família/pais, podem não ter tido contacto com ele anteriormente, coincidindo a primeira visita aos cuidados intensivos, com o primeiro contacto com o seu bebê. Desta forma, quando os pais iam pela primeira vez, ver o seu idealizado bebê pude identificar quer pela sua expressão facial, quer pela sua expressão verbal, a “vontade e o medo” de tocar, a “surpresa” perante a tecnologia, a tristeza quando lhes era dito que devido à situação clínica do bebê não o poderiam colocar ao seu colo ou mudar a fralda. Neste momento, a intervenção de enfermagem no acolhimento à família é fundamental, atendendo à sua individualidade e especificidade. Segundo Martins et al. (2008) o acolhimento deve atender ao outro, ouvindo os seus pedidos, e adotando uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar fornecendo respostas adequadas às necessidades da família, atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, o comprometimento e a valorização do outro são componentes efetivos para o acolhimento. Ainda neste sentido Watson (2012) afirma que, quando se reúnem os sentimentos é potenciada a autorrecuperação e a descoberta de um controle interior, contribuindo para a descoberta da própria existência.

É neste primeiro contato com o recém-nascido, que a família percebe o ambiente tecnológico em redor do bebê, Neuman refere que o cliente tem uma relação recíproca com o ambiente, uma vez que existe interação e adaptação entre ambos (Freese, 2004). Percebendo-se não só a importância do ambiente para o recém-nascido, como para a família, tal como afirmam Ribeiro et al., (2015) a família vê-se rodeada de um ambiente com sons desconhecidos, luzes constantes e pessoas estranhas, o que contribui para despersonalização e aumento da ansiedade dos pais em relação ao estado de saúde do seu filho.

Ao realizar o acolhimento e acompanhamento da família, a enfermeira reforça sempre a importância que a família tem junto do seu bebê, o fato dos pais não serem

considerados visita, reforçando sempre a importância da sua permanência junto do recém-nascido, promovendo a colaboração entre todos.

Outro aspeto que destaco como importante, é que este serviço pertence a um hospital amigos dos bebés, sendo sempre explicitada a importância da alimentação do recém-nascido com leite materno, informando a mãe e explicando que mesmo quando a situação clínica do bebé não o permite “ir à mama”, pode sempre retirar o seu leite para que seja administrado por outra via, como por exemplo por sonda, permitindo-lhe decidir em consciência o seu direito a amamentar. Tal como referem Vannuchia et al. (2004), a adequação e os benefícios do leite humano estão indicados para os bebés prematuros, de baixo peso ou com necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos. Neste sentido, a iniciativa do hospital amigo do bebé apresenta-se como uma forma de mobilização dos profissionais em favor da amamentação. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, em que as vantagens são múltiplas quer para o bebé, quer para a mãe, devendo-se sempre esclarecê-las e colocar o foco não no dever, mas no direito e no prazer de amamentar (Levy & Bártolo, 2012).

Ao longo do decorrer do estágio, fui percebendo o quanto é importante o processo de vinculação entre o recém-nascido e os pais, para Diaz, Fernandes e Correia (2004) citando Pedro, o internamento do bebé numa unidade de cuidados intensivos faz com que o processo de vinculação seja interrompido. Assim, tive oportunidade de concretizar intervenções de enfermagem que promovem a vinculação, como por exemplo quando a enfermeira refere à mãe para dormir com uma bonequinho ou uma fraldinha no seu peito durante a noite e levá-lo durante o dia para ficar junto do seu bebé na incubadora para que sinta o seu cheiro. Ou quando a situação clínica do bebé permite que os pais o acariciem e o mimem, ou lhe prestem cuidados como a muda da fralda. Ferreira e Costa (2004) aludem que, na presença de um bebé pré-termo é obrigatório permitir que se desenvolvam mecanismos capazes de estabelecer a interação mãe/filho, dado o risco que as situações de crise acarretam. Analisando, o modelo de Casey os autores acreditam que ao ser aplicado numa unidade de cuidados intensivos, contribuirá para o processo de vinculação, estabelecendo-a ou mantendo-a, permitindo de forma flexível, desenvolver a força dos papéis, uma vez que este modelo permite um crescimento físico, emocional e social da família. Percebendo assim, a importância e a relação da parceria dos cuidados com o processo de vinculação, os mesmos foram utilizados como um instrumento valioso, na prestação de cuidados ao recém-nascido e à família neste decurso de

aprendizagens. Os pais ao serem impedidos de interagir continuamente com o seu bebê, conforme tinham imaginado, podem desencadear reações emocionais de culpabilidade e medo, face a um bebê diferente (Camarneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009), daí que seja tão importante o enfermeiro intervir na promoção da relação entre pais e recém-nascido, por forma a diminuir a ansiedade dos mesmos e potenciar o crescimento e desenvolvimento saudável e equilibrado de todas as suas dimensões (Fernandes et al., 2014).

Atentando a que não possuía qualquer experiência na área de neonatologia, tem sido espelhado ao longo desta reflexão as inúmeras aprendizagens que realizei e percebi como fundamentais na intervenção de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. De entre as mesmas, destaco os cuidados ao recém-nascido com vista à satisfação das suas necessidades e à promoção do seu desenvolvimento. O bebê com necessidades de cuidados especiais, não verbaliza as suas vontades, devendo o enfermeiro respeitá-lo quanto aos seus sinais de desconforto minimizando esse estado de forma eficaz e humanizada (Martins et al., 2011). Os enfermeiros utilizam a sua experiência e observação para perceberem as alterações e desconfortos dos bebês, tal como as alterações de sinais vitais que surgem nos monitores aos quais estão ligados, intervindo de forma a minimizar essas alterações, e satisfazer as suas necessidades.

Fatores como o ruído, a luz e a contenção foram sempre tidos em conta pelas enfermeiras durante a prestação de cuidados. Os enfermeiros atendem à minimização do ruído intenso em redor da incubadora (quer proveniente dos alarmes das máquinas, quer dos próprios profissionais). Promovem que a luz intensa, não incida sobre os recém-nascidos, tendo os enfermeiros o cuidado de colocar um pano sob a incubadora de maneira a não deixar passar muita luz. Para além disso, algo que está inerente aos cuidados ao recém-nascido, diz respeito aos posicionamentos e à sua contenção, a qual percebi ser bastante calmante, promovendo conforto ao bebê. Martins et al. (2011) referem que os efeitos provocados pelo ruído, traduzem-se em alterações do ritmo cardíaco, hipoxemia, maior sensação de dor e aumento da pressão intracraniana. No que concerne à incidência de luz intensa, a mesma diminui a saturação de oxigénio, podendo causar *stress*, apneia e taquicardia. Assim, as ações de enfermagem que visam reduzir a incidência de estímulos nocivos, passam por reduzir a luz ambiente, manter a incubadora com um pano isolante de luz, não bater nem colocar objetos em cima da incubadora, abrir e fechar as portas da incubadora com cuidado, falar suavemente com o bebê enquanto se prestam

cuidados, proporcionar um ambiente calmo e seguro, identificar as reações de cada recém-nascido aquando dos cuidados, manipular o menos possível o bebé enquanto se verificarem sinais de *stress*, ajudá-lo a manter uma postura fletida com o auxílio de rolos e ninhos, executando sempre alguma contenção. Corroborando, Albuquerque e Albuquerque (2017) afirmam existir intervenções que promovem o bem-estar e desenvolvimento, tal como o posicionamento, no qual se deve atender a uma posição flexora permitindo o conforto, proporcionando estabilidade, alinhamento postural, contenção, redução de gastos de energia, e do *stress* fisiológico e comportamental do recém-nascido.

Há também que ter em atenção, que estes recém-nascidos que estão internados na unidade de cuidados intensivos neonatais, são expostos a múltiplos procedimentos médicos ou de enfermagem considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos, sendo que prevenir e tratar a dor de forma eficaz é um dever dos profissionais de saúde (Batalha, 2010). Este é um dos aspetos em que os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas deste serviço estão atentos e atuam de forma eficaz, sobretudo nas intervenções autónomas de enfermagem, quer seja através da massagem, sucção não nutritiva, contenção ou sacarose. São reconhecidas que as intervenções não farmacológicas, são profiláticas e complementares no controlo da dor e do *stress*, sendo que técnicas de conforto, posicionamentos e massagens estão entre as técnicas mais utilizadas (Batalha, 2010).

Considerando todas as aprendizagens realizadas ao longo do estágio, percebo o quanto as vivências experienciadas pelo bebé e sua família estão interligadas com a problemática em estudo do presente relatório, porque para além dos cuidados de extrema complexidade que são prestados ao recém-nascido também é realizada uma intervenção muito importante junto da família. “Para os pais, o nascimento e internamento do seu filho, causa uma tempestade psíquica, na qual o bebé idealizado não corresponde ao bebé da incubadora”, os próprios pais são prematuros, sentindo-se muitas vezes perdidos e incompletos (Camarneiro et al., 2009, p.54). Assim, salienta-se a importância da gestão recíproca das emoções e da informação na intervenção de enfermagem no serviço de neonatologia, tendo sido para mim uma mais-valia ter percecionado essa importância no decorrer da minha prestação de cuidados neste contexto.

Para além de perceber nas intervenções de enfermagem, a disponibilidade dos enfermeiros deste serviço para estar junto da família, pude compreender também a valorização da expressão de sentimentos e emoções consoante as suas

necessidades. Muitos dos estudos realizados, apontam para que as necessidades dos pais do recém-nascido internado numa unidade de cuidados intensivos, são as necessidades de informação. Percebi que esta também era uma necessidade dos pais dos bebés internados neste serviço, pois quando chegavam junto da incubadora do seu bebé rapidamente procuravam o enfermeiro para questionar como o seu filho tinha estado na sua ausência, ou quais as novidades acerca do seu estado clínico. O *stress* parental pode ser reduzido por meio de intervenções que abranjam habilidades emocionais, e o fornecimento de informações individualizadas (Brett et al., 2011). Para que os pais possam começar a cuidar do seu bebé, é necessário que obtenham informações acerca da sua situação clínica e do seu progresso, sendo a comunicação essencial durante a hospitalização (Bry et al., 2015). A informação fornecida deve ser regular, clara e em quantidade que satisfaça as suas dúvidas e inquietações (Diaz, Caires & Correia, 2016), colocando desta forma em ação estratégias que permitam aos pais envolverem-se nos cuidados e estabelecerem também uma importante relação de confiança com os profissionais de saúde (Ribeiro et al., 2015). Corroborando, Frello e Carrano (2012) afirmam que quando existe informação continuada desenvolve-se confiança nos cuidadores, devendo o enfermeiro fornecer informação continua e repetida acerca dos cuidados que os pais poderão prestar ao seu bebé.

Como atenta a problemática em estudo acerca da gestão recíproca das emoções e da informação, é necessário ter em atenção que o “o estado emocional da mãe é um obstáculo para o não entendimento das orientações recebidas” (Lima, Santos, Silva & Lahm, 2013, p.115), pelo que o enfermeiro deverá realizar uma gestão emocional com a família, realizando orientações adequadas, informando claramente acerca do que está a ocorrer promovendo uma prestação de cuidados holística, uma melhor interação com a família, e consequentemente uma prestação de cuidados de qualidade (Lima et al., 2013). Atendendo a estas questões, o apoio emocional é valorizado sendo fundamental a compreensão dos sentimentos dos pais por forma a diminuir o seu *stress*, ansiedade, tensão e tristeza. Segundo alguns estudos, as necessidades expressas pela família do recém-nascido incluem a informação detalhada em linguagem acessível, apoio emocional, envolvimento nos cuidados ao bebé e disponibilidade para estar presente com as mães (Frello & Carrano, 2012).

No decorrer destas ações de enfermagem, percebi também a necessidade dos enfermeiros no decorrer da sua prática, e mais especificamente junto dos bebés que estavam há mais tempo no serviço, promoverem a esperança, valorizando as

pequenas vitórias dos bebês, como por exemplo, “hoje fez a sua primeira dejeção sem ajuda”, ou “hoje já tolerou ficar sem o ventilador”. Para Charepe (2014) é importante que os enfermeiros incutam a esperança necessária para acreditem em algo positivo quando tudo parece ruir, para tentar superar e enfrentar os problemas e as adversidades do sofrimento vivenciado.

Outra das vivências que fomentou aprendizagens neste contexto, foi o momento da alta clínica. Aquando o regresso a casa da família, a condição clínica do bebé já permite que se consiga estabelecer mais interação e cuidados, assim compreendi que muitas vezes, era nesta altura que os pais manifestavam mais dúvidas e ansiedades, pois referiam ter medo de não conseguir cuidar sozinhos do seu bebé. O enfermeiro tem uma intervenção essencial na preparação dos pais, para a alta.

Salienta-se que a preparação da alta é um processo que vai recorrendo ao longo do internamento, no qual os enfermeiros deste serviço dispõem de uma *check-list*, na qual os pais assinalam os cuidados em que têm mais dificuldades e assim, os enfermeiros direcionam a sua intervenção para as necessidades individualizadas que foram assinaladas pela família. Tal como referido por Ferreira e Costa (2004) a preparação da alta inicia-se no momento de admissão do bebé, na medida em que se procura envolver a família nos cuidados promovendo um sentimento de segurança, autonomia e responsabilidade nos cuidados. À medida das capacidades dos pais, os mesmos deverão assumir a responsabilidade de lavar, vestir e alimentar o bebé, ou muitas vezes desenvolver outras habilidades técnicas mais complicadas como responder a períodos de apneia, técnicas alimentares ou nalguns casos, aspiração de secreções (Camarneiro et al, 2009). Deste modo, no que respeita à alta, o enfermeiro deve capacitar a família no que concerne às necessidades de informação antecipadas, os ensinamentos acerca de como lidar com o bebé em casa, não só nos cuidados básicos, mas também no caso de algo mais grave acontecer, para além disso deverá estar atento ao apoio emocional (Diaz, Caires & Correia, 2016).

Assim, no decorrer da minha aprendizagem neste contexto refleti acerca das práticas, percebendo a importância de aumentar o autoconhecimento e a autoconsciência, desenvolvendo sensibilidade, empatia e competências (Warner, 2006). Nesta experiência em contexto de neonatologia, tive oportunidade de prestar cuidados complexos a recém-nascidos em risco de vida, e trabalhar em parceria com a família percebendo a situação de crise, e emocionalidade intensa pela qual estavam a passar, adotando estratégias para a gestão das emoções. Pela especificidade do contexto, e pelo fato de nunca o ter experienciado, por vezes senti receio de não

conseguir dar resposta às necessidades do recém-nascido e da família, contudo através da discussão e reflexão sobre as práticas com a enfermeira orientadora, e a pesquisa de evidência científica, fui colmatando as lacunas e receios sentindo-me cada vez mais segura na prestação de cuidados e na minha tomada de decisão.

Desta experiência, destaco como uma mais-valia o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Certamente, poderei aplicar as aprendizagens realizadas na minha prática, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados às crianças e famílias. Considero, que ao longo deste estágio desenvolvi atividades que foram ao encontro das minhas necessidades. Futuramente, perante situações semelhantes, estarei capacitada com mais competências e sentimento de controlo, prestando cuidados com maior qualidade e segurança.

Como competências desenvolvidas faço menção às competências “E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”, “E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados”, “E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais”, “E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”, “E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”, “E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”, “E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança”, “E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário”, “E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento”, “E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo”, “E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista”, “E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN”, “E3.2.5. Promove a amamentação”, “E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN”, “E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce”, e “E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções” (Diário da República, 2019, p. 19193-19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, T. & Albuquerque, R. (2017). Estratégias de Posicionamento e Contenção de Recém-nascido Pré-Termo Utilizadas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 1 (1), 40-51.
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (2), 73-80.
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, M. & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1, 1-11.
- Bry, K., Bry, M., Hentz, E., Karlsson, H., Kyllonen, H., Lundkvist, M., & Wigert, H. (2015) Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Pædiatrica*, 105, 397–406
- Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A. & Gomes, A. (2009). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (2), 53-57.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Diaz, Z., Caires, S. & Correia, S. (2016). Necessidades e Preocupações de Pais de Bebés Internados numa Neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (2), 236-252.
- Diaz, Z., Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 85-93.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar (2ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60.
- Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-termo. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, 30 (10), 51-58.

- Frello, A. & Carraro, T. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (3), 514-521.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lima, A., Santos, R., Silva, S. & Lahm, J. (2013). Sentimentos Maternos Frente à Hospitalização de um Recém-nascido na UTI Neonatal. *Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba*, 15 (4), 112-115.
- Martins, C., Fialho, F., Dias, L., Amaral, J. & Freitas, S. (2011). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1 (2), 268-276.
- Martins, J., Nascimento, E., Geremias, C., Schneider, D., Schweitzer, G. & Neto, H. (2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev. Eletr. Enf.*, 10 (4), 1091-1191
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Edmanan, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 137-146
- Vannuchia, M., Monteiro, C., Réa, M., Andrade, S. & Matsuo, T. (2004). Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 422-428.

Apêndice XV – *Dossier* Temático: Gestão de Emoções no Cuidado ao Recém-nascido e sua Família

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Dossier Temático:

Gestão de Emoções no Cuidado ao Recém-nascido e sua Família

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Enfermeira Orientadora:



Lisboa

Janeiro, 2019

Índice

INTRODUÇÃO.....	3
1. ARTIGOS SELECIONADOS.....	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
ANEXOS	

Anexo I – Artigo “Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”

Anexo II – Artigo “Sentimentos Maternos Frente à Hospitalização de um Recém-nascido na UTI Neonatal”

Anexo III – Artigo “Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia”

Anexo IV – Artigo “A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro”

Anexo V – Artigo “Communication skills training enhances nurses’ ability to response with empathy to parents’ emotions in a neonatal intensive care unit”

Anexo VI – Artigo “Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa”

Anexo VII – Artigo “Necessidades e Preocupações de Pais de Bebês Internados numa Unidade de Neonatologia”

Anexo VIII – Artigo “Validação do trabalho emocional em enfermagem numa unidade de neonatologia”

NOTA INTRODUTÓRIA

Este *dossier* temático pretende reunir artigos alusivos a um tema de interesse, tendo como característica a sua rápida e fácil consulta. Tem a finalidade de contribuir para uma prática baseada na evidência científica atual (limite temporal de 2012 a 2017). O tema abordado é a gestão de emoções no cuidado ao recém-nascido e sua família.

O cuidar não pode ser alheio às emoções, dos estudos acerca das emoções destacam-se estratégias/modelos de intervenção para incrementar o *coping* e gestão emocional adaptativa através do suporte emocional, conforto, informação e *empowerment* (Diogo, 2015). Ainda, tendo em conta a orientação de enfermagem assente no cuidar, Watson (2012) afirma que o cuidar está inerente à enfermagem, reconhecendo o cuidado transpessoal como protetor e humanizado, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, sofrimento, dor e existência. Atendendo ao modelo de sistemas de Neuman, a enfermeira é descrita como uma participante ativa com o cliente, relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do cliente aos *stressores*, existindo uma relação recíproca com o ambiente (Freese, 2004).

Para além da pertinência do cuidar em Enfermagem enquanto orientação preconizada na atualidade, torna-se também importante abordar a filosofia dos cuidados centrados na família, pois tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2011) torna-se prioritário a utilização dos cuidados centrados na família, cuja filosofia pressupõe que as necessidades dos pais e das crianças sejam centrais ao processo de cuidar e reconheçam a família como integrante da sua vida. Ainda segundo os mesmos autores, deve também ser destacado o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, onde se preconiza o envolvimento dos pais nos cuidados em todas as fases do processo de cuidados.

Assim, sustentada por estes modelos e filosofias de cuidados, argumenta-se que a situação de hospitalização é considerada como uma situação de crise que pode causar desequilíbrios, e perturbar a capacidade da família para enfrentar os problemas (Jorge, 2004). O cuidar implica a existência e o significado de um envolvimento das emoções, e de novos sentimentos, que são identificados através da relação terapêutica, tendo ainda em consideração que a intensidade da experiência emocional é influenciada por alguns fatores (tais como o meio envolvente, a situação clínica do recém-nascido, a tecnologia, etc.), o cuidado ao recém-nascido e família

requer envolvimento emocional relevante de todos os intervenientes (Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas, 2014).

Segundo Damásio (2003), as emoções são conjuntos de respostas químicas e neurais que completam um padrão, e dizem respeito à vida de um organismo mais precisamente ao seu corpo, tendo como finalidade ajudar o organismo a manter a vida, constituindo-se como essenciais na avaliação dos estados internos e das circunstâncias externas, percebendo-se a sua ligação à parte cognitiva. Tendo estes aspetos em conta, e remetendo-me a Phaneuf (2005, p. 205) “(...) as emoções exercem um papel nas reações das pessoas, na sua motivação para a cura e mesmo para a sua sobrevivência, é importante que a enfermeira que as segue de perto se empenhe em compreendê-las um pouco melhor, e em perceber a sua aparição, o seu alcance e as suas consequências.”

Tendo em conta o tema deste *dossier* temático, é importante referir que perante um processo de gravidez o casal espera que o seu bebé seja perfeito, mas quando o recém-nascido é prematuro ou está doente, é desfeito o seu sonho, podendo surgir dificuldades emocionais e sentimentos de ansiedade, sobretudo nos primeiros tempos de vida do bebé, medo e preocupação com a sua sobrevivência, pela incerteza do tempo de permanência no hospital e pelas dúvidas acerca das intervenções às quais irá ser sujeito (Diaz, Fernandes & Correia, 2014). As emoções vivenciadas perante estes acontecimentos de vida emocionalmente exigentes, são intensas e originam sentimentos e pensamentos confusos que podem mesmo influenciar o desenvolvimento das competências parentais. Considerando todos estes aspetos, é bastante pertinente abordar as questões ligadas à emocionalidade no cuidado ao recém-nascido e sua família, prestando cuidados com emotividade, desenvolvendo um cuidado em parceria com a família e proporcionando-lhes apoio, coragem, segurança para que consigam aprender com a experiência (Fernandes et al., 2014).

Os objetivos da compilação deste *dossier* temático são: 1- Organizar publicação científica relevante acerca da temática; 2 - Realçar a importância da gestão de emoções no cuidado ao recém-nascido e sua família; e 3 - Destacar a intervenção de enfermagem direcionada à gestão de emoções no cuidado ao recém-nascido e sua família.

1. ARTIGOS SELECIONADOS

- ✓ Frello, A., & Carraro, T. (2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63 (3), 514-521. (Anexo I)

Resumo: O internamento de um filho numa unidade de cuidados intensivos é uma experiência delicada e desafiadora para as mães e suas famílias. As relações estabelecidas com os enfermeiros que permanecem junto do recém-nascido, influencia a vivência da mulher junto do seu bebé o que despoleta a importância de se refletir acerca das relações interpessoais na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Dos resultados do estudo, salientam-se algumas fases enfrentadas pelos pais durante a estadia do bebé, nomeadamente a fase aguda ou crítica que se inicia no momento de admissão, a fase de estabilização na qual os pais se adaptam à vida do seu filho na unidade e ao seu novo papel parental, e a fase de alta em que apesar dos pais terem o desejo de voltar para casa, o momento de preparação para a alta é caracterizado pela alegria misturada com o medo, uma vez que sair de perto dos profissionais e do ambiente seguro da neonatologia constitui-se num desafio.

A enfermagem numa unidade de cuidados intensivos neonatais, possui além das responsabilidades para com o recém-nascido, compromisso junto dos pais, em especial às mães, e muitas atividades são apontadas no estudo, como fundamentais para serem desenvolvidas junto da família durante o internamento do bebé, entre elas, acompanhá-los nas primeiras visitas, informar sobre as condições do bebé, responder às questões e dar suporte emocional na forma de empatia e compreensão, encorajar a visita e o toque, envolver nos cuidados e informar acerca dos procedimentos e tratamentos realizados.

Estas ações possibilitarão a diminuição do *stress*, ansiedade, tensão e tristeza da mesma forma que conversar com a mãe acerca dos seus sentimentos, e facilitar a sua aproximação junto do seu filho trará benefícios.

- ✓ Lima, A., Santos, R., Silva, S. & Lahm, J. (2013). Sentimentos Maternos Frente à Hospitalização de um Recém-nascido na UTI Neonatal. *Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba*. 15 (4), 112-115. (Anexo II)

Resumo: Este estudo, teve como objetivo compreender os sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos internados numa unidade de intensivos neonatais, através de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa.

O principal motivo de internamento nesta unidade de cuidados intensivos foi a prematuridade e distúrbios respiratórios. É considerado que o estado emocional da mãe é um dos obstáculos para o não entendimento das orientações recebidas, sendo necessário que o enfermeiro responsável pela unidade realize orientações adequadas às mães no momento da admissão do recém-nascido, e durante o internamento informando claramente acerca do que está a acontecer, as normas e rotinas da unidade.

Espera-se que os cuidados de enfermagem sejam realizados de forma holística, devendo os cuidados ir para além do recém-nascido, contribuindo para a melhor interação com a família, melhorando a qualidade do atendimento.

Considera-se assim, necessário sensibilizar toda a equipa que presta cuidados na neonatologia e capacitar os enfermeiros para que possam oferecer suporte emocional aos familiares durante todo o processo de reabilitação do bebé.

- ✓ Diaz, Z., Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (3), 85-93. (Anexo III)

Resumo: Este artigo diz respeito a um estudo exploratório, baseado em entrevistas semiestruturadas, com objetivo de conhecer as vivências dos pais com bebês internados numa unidade de neonatologia.

Quando a situação clínica do recém-nascido implica o internamento numa unidade de neonatologia, o *stress* associado é bem expressivo, podendo as emoções sentidas ser intensamente dolorosas. O internamento faz com que o processo de vinculação seja interrompido, representando uma situação de mudança/crise importante para os pais, o que adquire características devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar. Os pais têm de lidar com emoções complexas, passando a manifestar sintomas de ansiedade e depressão.

De entre os resultados obtidos destacam-se as dificuldades financeiras, dificuldades na gestão da vida profissional, dificuldades em gerir a vida familiar, dificuldades de comunicação com a equipa de saúde, falta de descanso, internamento da mãe na obstetrícia, separação do bebé, confronto com realidade inesperada, lidar com a possibilidade de perder um filho, adaptação ao ambiente de uma neonatologia, dificuldades em lidar com os lentos progressos do bebé, dificuldades emocionais, dificuldades logísticas e relacionadas com os cuidados ao bebé.

- ✓ Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 18 (2), 45-60. (Anexo IV)

Resumo: Tornar-se pais de um bebê prematuro para além de se constituir num desafio, representa também uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento de competências parentais, contudo este momento é repleto de intensas emoções, muitas vezes confusas e de difícil gestão pelos próprios e pelos profissionais de enfermagem.

As emoções mais frequentemente identificadas pelos pais de prematuros foram angústia, sofrimento, insegurança, ansiedade, medo, stress, tristeza, culpabilização materna, sensação de insignificância, raiva e depressão.

A intensidade da experiência emocional é influenciada por alguns fatores, e o cuidar de um recém-nascido prematuro e sua família é considerado um fator que requer um envolvimento emocional marcante, por parte de todos os intervenientes. Considera-se assim, imprescindível prestar cuidados com emotividade, tanto para melhorar a prática de enfermagem, como para o desenvolvimento de um relacionamento de parceria com os pais, por forma a que se sintam apoiados, encorajados, seguros, conseguindo integrar a experiência e aprender com ela.

Das intervenções de enfermagem que permitem a gestão dos sentimentos/emoções foram destacadas algumas intervenções como: facilitar a expressão dos sentimentos parentais, comunicar de forma eficaz e eficiente com os pais, facilitar o processo de vinculação e promover a aquisição e desenvolvimento de competências parentais.

O trabalho emocional é utilizado pelos enfermeiros nas interações com as pessoas, sendo um processo onde se conseguem regular emoções, gerindo-as de forma saudável com o objetivo de cuidar da pessoa como um ser holístico.

- ✓ Bry, K., Bry, M., Hentz, E., Karlsson, H., Kyllonen, H., Lundkvist, M. & Wigert, H. (2015). Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica*. 105, 397-406. (Anexo V)

Resumo: Este estudo analisa quantitativamente a comunicação entre enfermeiros e pais, tal como a capacidade de os enfermeiros responderem às necessidades empáticas numa unidade de cuidados intensivos neonatais.

A doença e a hospitalização de um recém-nascido são extremamente angustiantes para os pais. A preocupação e a incerteza sobre o desfecho e a sua capacidade para cuidar do filho, bem como o ambiente em redor da unidade de cuidados, despertam sentimento de impotência. É necessário que os pais obtenham informações sobre a situação clínica e o progresso da criança, e aprendam a cuidar do bebé.

Considera-se assim, que melhores habilidades na comunicação podem tornar a experiência na unidade de cuidados intensivos mais satisfatória para os pais, e ao mesmo tempo diminuir o *stress* dos enfermeiros. Para além disso, uma melhor comunicação entre pais e enfermeiros promove a participação dos pais nos cuidados ao seu bebé, tornando os cuidados neonatais mais direccionados para a família.

- ✓ Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Erdmann, A. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Referência Revista de Enfermagem*, 4 (4), 137-146. (Anexo VI)

Resumo: A admissão do recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos neonatais pode ser traumatizante tanto para o recém-nascido como para os seus pais. Aquando a hospitalização, o recém-nascido é invadido por procedimentos invasivos e permanece num ambiente rodeado por sons desconhecidos, luzes constantes e pessoas estranhas, o que contribui para a despersonalização e aumento da ansiedade dos seus pais em relação ao seu estado clínico. Os pais experienciam *stress*, ansiedade e desamparo.

No que respeita às estratégias de apoio, o enfermeiro poderá colocar em ação estratégias que permitam aos pais, envolver-se nos cuidados no sentido de criarem um ambiente de confiança entre o recém-nascidos/pais/profissionais de saúde.

A percepção das experiências vividas permite a compreensão de diferentes formas de ver o mundo. Um maior conhecimento das vivências da pessoa, pode ajudar os enfermeiros a obter uma compreensão mais profunda da sua saúde e dos seus processos de doença. Assim, é importante fornecer uma base mais sólida para os cuidados de saúde, ou mesmo levar à introdução de novas intervenções de enfermagem. Os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados, ouvindo o outro. Por este motivo, é importante para os enfermeiros e restante equipa de saúde saiba o que os pais do recém-nascido realmente vivenciam, e experienciam durante o internamento na unidade de cuidados intensivos.

A evidência apontou para os temas relação terapêutica, humanização dos cuidados e sofrimento, como relevantes no cuidados do recém-nascido na unidade de neonatologia e importantes para a base científica dos conhecimentos em enfermagem.

- ✓ Diaz, S., Caires, S. & Correia, S. (2016). Necessidades e Preocupações de Pais de Bebés Internados numa Unidade de Neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (2), 236-252. (Anexo VII)

Resumo: Neste artigo dá-se a conhecer um estudo exploratório com mães, pais e seus bebés internados numa unidade de neonatologia de um hospital português. Pretendeu-se identificar as principais necessidades e preocupações experienciadas pelos mesmos.

As perturbações emocionais destes pais estão relacionadas com as suas crenças sobre a situação que estão a enfrentar, acerca do que é um bebé de risco, os perigos que o ameaçam e as suas próprias competências para enfrentar uma situação nova e angustiante.

Desta forma, ao invés dos habituais sentimentos de satisfação, ternura, curiosidade e orgulho associados ao nascimento de um filho, os pais têm de lidar com emoções confusas e/ou contraditórias e adaptar-se ao seu novo papel num contexto estranho e intrusivo. O *stress* e o sofrimento emocional vivenciados, dão comumente origem a depressão, ansiedade, ou mesmo *stress* pós-traumático.

Relativamente à intervenção a adotar, salientam-se os cuidados centrados na família, fundamentados nos princípios de respeito, partilha de informação, colaboração, e construção de uma relação de confiança entre profissionais e pais, como os mais frequentemente avocados com vista à melhoria das práticas.

Os resultados do estudo revelam que entre as preocupações mais frequentes apontadas pelos pais entrevistados, estão as que dizem respeito ao estado de saúde do seu bebé, ao seu futuro em termos de desenvolvimento, e à sua capacidade de assumir autonomamente os cuidados ao bebé aquando a alta. Quanto às necessidades mais apontadas surgem o fornecimento de informações, no que respeita à evolução do quadro clínico do bebé e aos seus tratamentos, a necessidade de assegurar a proximidade do filho durante o internamento com momentos de interação de qualidade com o mesmo, bem como da sua estabilização de modo a poderem regressar a casa.

- ✓ Diogo, P., Martins, H. & Fernandes, N. (2017). Validação do trabalho emocional em enfermagem numa unidade de neonatologia. *Referência*. 13 (4), 37. (Anexo VIII)

Resumo: Este estudo de abordagem quantitativa, apresentou como objetivos validar o processo de trabalho emocional dos enfermeiros numa unidade de neonatologia, e verificar a sua aplicabilidade.

Os processos de saúde e doença estão associados a uma emocionalidade intensa que acentua o sofrimento na criança e sua família. Em pediatria, o cuidar constitui-se num grande desafio emocional para os enfermeiros.

Os resultados apoiam que as cinco categorias do trabalho emocional são consideradas relevantes pelos enfermeiros, nomeadamente promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar.

Os enfermeiros referem que utilizam o trabalho emocional na sua prática em contexto de neonatologia, os resultados demonstram que as estratégias de trabalho emocional estão interligadas nos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Damásio, A. (2003). *O Sentimento de Si* (14ªed). Mem Martins: Fórum da Ciência.
- Diaz, Z., Fernandes, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 85-93.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª edição, pp 163-183). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 3 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tomey, A. M.& Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed). Loures: Lusociência;
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

ANEXOS

Anexo I - Artigo “Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”.

Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Nursing and the relationship with the mothers of newborns in the Neonatal Intensive Care Unit
Enfermería y las relaciones con las madres de recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Arlane Thaise Frello¹, Telma Elisa Carraro²

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda), Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, Florianópolis-SC, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, Florianópolis-SC, Brasil.

Submissão: 02-06-2011 Aprovação: 10-08-2012

RESUMO

As relações estabelecidas com a enfermagem frente à experiência do nascimento prematuro de um filho influencia a vivência da mulher. O objetivo deste estudo foi delinear a relação entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, apresentada em artigos publicados entre 2005 e 2010. Foram utilizadas as bases de dados CINAHL, MEDLINE e LILACS, com estudos publicados entre 2005 e 2010 com os descritores: Neonatal Nursing, Premature, Mothers and Nursing Care, totalizando 21 artigos organizados nas categorias: Fases Enfrentadas pelos Pais durante a Estadia do Bebê na UTIN; Relação entre Enfermeira e Mãe; Suporte da Enfermagem; Descuido na Relação entre Enfermeira e Mãe e Ações de Educação em Saúde. Os estudos apontam a necessidade das mães por suporte o que inclui apoio emocional, envolvimento nos cuidados ao bebê, disponibilidade para estar e conversar.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Neonatal; Mães; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

The relationships with the nursing experience of premature birth of a child, influences the experience of women. The aim of this study is to delineate the relationship between nursing staff and mothers with babies admitted to the Neonatal Intensive Care Unit presented in articles published between 2005 and 2010. We used the databases CINAHL, MEDLINE and LILACS for studies published between 2005 and 2010 with the following keywords: Neonatal Nursing, Premature, Mothers and Nursing Care, a total of 21 articles organized into categories: Phases Faced by Parents during the stay in the Baby NICU; Relationship between Nurse and Mother; Support of Nursing; Careless on the Relationship Between Mother and Nurse Education and Action in Health Studies point to the need of mothers for support that includes emotional support, involvement in caring for the baby, ready to come and talk.

Key words: Nursing Care; Neonatal Nursing; Mothers; Interpersonal Relations.

RESUMEN

Las relaciones con la experiencia de enfermería de un parto prematuro de un niño, influye en la experiencia de las mujeres. El objetivo de este estudio es delinear la relación entre el personal de enfermería y las madres con los bebés ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales presentado en los artículos publicados entre 2005 y 2010. Se utilizaron las bases de datos CINAHL, MEDLINE y LILACS para estudios publicados entre 2005 y 2010 con las siguientes palabras: Enfermería neonatal, prematuros Madres, y de Atención de Enfermería, un total de 21 artículos organizados en categorías: Fases que enfrentan los padres durante la estancia en el bebé UCIN, relación entre la enfermera y la madre, el apoyo de enfermería; descuido en la relación entre la madre y la formación de enfermería y la acción en Salud punto de Estudios sobre la necesidad de las madres de apoyo que incluye apoyo emocional, la participación en el cuidado del bebé, listo para entrar y hablar.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Enfermería Neonatal; Madres; Relaciones Interpersonales.

AUTOR CORRESPONDENTE Arlane Thaise Frello E-mail: arlanethaise@ufsc.br

INTRODUÇÃO

A internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma experiência delicada e desafiadora para as mães e suas famílias. As relações estabelecidas com a equipe de saúde, especificamente a enfermagem que permanece todo o tempo junto do neonato, influencia na vivência da mulher junto ao seu bebê fato que destaca a importância de se refletir sobre as relações interpessoais em uma UTIN.

A internação é um evento para o qual a mãe não estava preparada e que envolve desde o momento do encontro com o bebê em um ambiente desconhecido, bem como o presenciar condutas terapêuticas e procedimentos dolorosos até poderem participar dos cuidados e sentirem-se essencialmente mães⁽¹⁾.

A experiência da prematuridade para as famílias coloca seus integrantes diante de limitações, impedimentos e situações que muitas vezes fragilizam a rotina da família, que modifica valores diante da vida. Aquilo que estava organizado é modificado abruptamente com o nascimento prematuro do filho e sua hospitalização em uma UTIN^(2,3).

Frente a essa fase delicada enfrentada pelas mães e sua família, a equipe de enfermagem se torna imprescindível no momento de facilitar a aproximação da mãe com seu filho⁽⁴⁾. O foco dos cuidados de enfermagem neonatal é o bebê prematuro e sua evolução, porém a partir do momento que se introduzem ações que envolvem e "dependem da mãe para promover o bem estar e a saúde do bebê, tais como a amamentação, as visitas, o contato pele a pele" se torna imprescindível conhecer os sentimentos, necessidades e crenças da mãe para que a enfermagem possa planejar orientações e intervenções adequadas para cada mulher que está envolvida nos cuidados com seu filho⁽⁴⁾.

Percebendo a importância da interação entre a Enfermagem e a mulher puérpera durante a internação de seu filho em unidade de terapia intensiva, delineou-se o objetivo deste manuscrito: Delinear a relação entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal apresentada em artigos publicados entre 2005 e 2010.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de artigos sobre o tema: relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, entre 2005 e 2010. Adotou-se a revisão integrativa da literatura⁽⁵⁾, que propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de

tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) reportar de forma clara a evidência encontrada⁽⁶⁾.

Para guiar a revisão utilizou-se a questão de pesquisa: Qual a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature and Retrieval System on Line* (MEDLINE) e *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde* (LILACS), com a identificação e seleção dos estudos no mês de setembro de 2010, sendo acessada através do link disponibilizado pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina (BU/UFSC)⁽⁷⁾. Os Descritores cadastrados no *Medical Subject Headings* (MeSH) utilizados foram: Neonatal Nursing, Premature, Mothers and Nursing Care.

Foram critérios de exclusão: editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; publicações duplicadas; teses; dissertações; TCC; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; documentos oficiais de programas nacionais e internacionais; livros; materiais publicados em outros idiomas que não seja inglês, espanhol, português e, estudos que não contemplem os critérios de inclusão mencionados.

A busca resultou em um total de 412 referências potenciais. Procedeu-se então à leitura dos títulos e resumos a fim de conferir com os critérios de inclusão e exclusão. Após esta primeira seleção, restaram 37 artigos, os quais foram lidos na íntegra destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, totalizando 21 artigos selecionados para a análise.

A organização dos dados foi realizada a partir da identificação da localização do artigo, ano e periódico de publicação, autoria, objetivo, resultados principais, utilizando um instrumento elaborado especificamente para este estudo com base nas questões da pesquisa. Após esta etapa ocorreu a análise dos artigos, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo, emergindo as categorias: Fases Enfrentadas pelos Pais durante a Estadia do Bebê na UTIN; Relação entre Enfermeira e Mãe; Suporte da Enfermagem; Descuido na Relação entre Enfermeira e Mãe e Ações de Educação em Saúde.

RESULTADOS

Constatou-se que 76% (16) eram provenientes de publicações estrangeiras e 24% (5) nacionais. Em relação aos anos de publicação dos artigos, compreendidos entre 2005 e 2010 observou-se dois artigos em 2005, quatro em 2006, dois em 2007, cinco em 2008, cinco em 2009 e três em 2010.

Fases enfrentadas pelos pais durante a estadia do bebê na UTIN

Alguns artigos pesquisados apresentavam fases enfrentadas pelos pais durante a estadia do bebê na UTIN que são descritas a seguir:

Fase Aguda: A fase aguda ou crítica inicia no momento da admissão e persiste ao longo dos dias que a procedem, com duração indeterminada. Durante a gravidez, a relação entre a mulher e seu filho se desenvolve. Ela se prepara para a maternidade e imagina como o primeiro encontro com seu filho deve ser. Quando seu filho necessita de cuidados extras em uma UTIN, a nova mãe se encontra em uma situação para a qual está despreparada. Nesta fase os pais se veem como expectadores dos cuidados ao seu filho e muitos sentimentos os permeiam: angústia, ansiedade, depressão, choque, medo preocupação, infelicidade, sofrimento e sentimentos de impotência, desesperança, instabilidade emocional, culpa e insegurança. Neste momento a mãe quer saber cada detalhe sobre seu filho, porém por estar tão sobrecarregada com a situação pode não saber como pedir informações à equipe de saúde. Desta forma, a interação e comunicação entre o cuidador e a família são importantes para compreender o que está acontecendo com seu filho. Apesar de tantos sentimentos confusos e negativos, os pais não se sentem excluídos quando são informados e incentivados a ter contato físico com o seu bebê e saber que ele está sendo cuidado por profissionais é uma questão importante para eles. A fase aguda exige muito da equipe e da mãe e é nesse momento que ocorre o início da construção de uma relação de confiança^{19,20}.

Fase de estabilização: Durante a fase de estabilização, a adaptação dos pais à vida de seu filho na UTIN e ao seu novo papel parental é essencial. Os pais deixam de ser observadores passivos para serem ativos participantes. Eles precisavam de diferentes tipos de informação em diferentes fases de sua hospitalização infantil. Quando os pais são informados de forma contínua e consistente sobre condição de seus filhos, tornam-se mais propensos a serem parceiros ativos no cuidado de seu bebê. Para capacitar os pais, enfermeiros atuam como modelo e gradualmente confiam a eles maior responsabilidade na sua interação com a criança. Enfermeiros precisam se sentir confiantes ao colocar o bebê nas mãos dos pais, enquanto os pais sentem necessidade da confirmação dos enfermeiros sobre sua capacidade de cuidar do bebê. Seu foco de preocupação modifica ao longo do tempo a partir da sobrevivência infantil desde o tratamento, cuidados na UTIN e à informação relativa ao cuidado com o bebê em casa^{19,20}.

Fase da Alta: Apesar do desejo dos pais de voltar para casa, a fase de preparação para a alta é caracterizada pela alegria misturada com o medo. Sair de perto dos profissionais e do ambiente seguro da UTIN pode ser um desafio. Os enfermeiros apoiam estreitamente os pais preparando-os para a alta e apesar de muita emoção e insegurança, os pais experimentam esta fase como uma experiência positiva¹⁹.

Relação entre a enfermeira e a mãe

Durante este período estressante quando os pais investem muito tempo na unidade, uma relação próxima das enfermeiras significa muito. Da mesma forma, enfermeiras experientes esta intimidade como crucial para criar uma relação de confiança¹⁹. Pontos importantes na relação interpessoal entre enfermeira-mãe-RN são a presença autêntica, a escuta atenta, o estar com a mãe, o diálogo e a educação em saúde. A

enfermeira pode buscar por opções no seu cotidiano e utilizar a educação para oferecer suporte e favorecer a relação acreditando que "o conhecimento de ambos é valorizado, propiciando uma oportunidade para trocas, os dois nutridos e fortalecidos"¹⁹.

Quando existe a informação contínua, desenvolve-se a confiança nos cuidadores. Seus conhecimentos e tratamento, bem como a afirmação do papel de mãe são de grande importância. Uma das falas na pesquisa apresentada neste artigo indicou alívio da mulher ao ser liberada da responsabilidade de cuidar de seu filho ao se sentir sem energias e com dor, ao perceber isso os cuidadores encaminharam a mãe até o quarto para descansar. A relação de confiança incluiu um sentimento de ser compreendida e tratada como uma pessoa única, com necessidades específicas²⁰. A partir da confiança os profissionais é que as mulheres superam os medos em relação a unidade de terapia intensiva e ao bebê, pois ao adquirirem confiança na enfermagem sentem-se mais tranquilas e a ajuda que esperam da equipe é o saber ouvir, falar e cuidar, o que supera as habilidades já adquiridas dos profissionais em relação aos avanços tecnológicos²⁰.

Contudo, a equipe de enfermagem percebe os aspectos desafiadores e a demanda em estar tão próxima. Assim que o estado do bebê estabiliza e o envolvimento dos pais aumenta, as enfermeiras adotam uma posição mais distante, gradualmente confiando aos pais maior liberdade nos cuidados. A consequência do seu distanciamento é que outras enfermeiras passam a cuidar do bebê e se relacionar com a família. Enfermeiras desconhecidas e instruções divergentes confundem os pais e os tornam menos confiantes, enquanto uma relação continuada com sua enfermeira parece fortalecer a confiança dos pais em assumir a responsabilidade por seus bebês. Apesar da relação pais e enfermeira na UTIN ter um tempo limitado, é raro encontrar escritos que descrevam como encerrar esta relação. Enfermeiras necessitam conhecer as emoções envolvidas no processo de alta e o que fazer durante a hospitalização para facilitar o término da relação pais/enfermeira¹⁹.

Suporte da Enfermagem

A enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal possui além das responsabilidades com o neonato, compromisso junto aos pais, em especial as mães, e muitas atividades são elencadas nos estudos como fundamentais para serem desenvolvidas junto à família durante a internação do bebê dentre elas: acompanhá-los nas primeiras visitas a UTIN, informar sobre as condições do bebê, responder as questões e dar suporte emocional na forma de empatia e compreensão, encorajar a visita e o toque, envolver nos cuidados, informar acerca dos procedimentos e tratamentos realizados^{19,21-24}.

As mães, ao verem seu filho em uma unidade de terapia intensiva neonatal, experimentam sentimentos de culpa, desapontamento e ansiedade, e necessitam de apoio emocional durante esse momento delicado. Compreender a experiência vivenciada pela mãe, conversando de forma empática e amorosa procurando orientar sobre os cuidados do neonato são simples ações que humanizam o relacionamento enfermeira-família. É importante considerar que muitas mães se

encontram distantes de suas casas, famílias e demais filhos e necessitam de uma rede de apoio durante o momento da internação. A partir do estabelecimento de uma relação interpessoal pautada na comunicação efetiva, na conversa, acolhimento e carinho as mães sentem-se mais confiantes e tranquilas^(26,30).

O encontro entre a mãe e seu bebê é emocionante e significativo, o papel da enfermeira neste momento é de consolar, fornecer informações continuamente e repetidamente se necessário para instruir a mãe sobre o quadro de saúde e o que ela pode fazer para ajudar. Logo, deve compreender seu papel de mãe e que ela é a pessoa mais importante na vida do bebê e, para ajudar no processo de apego entre mãe e filho é importante que os enfermeiros encorajem esta intenção. Para tanto, pode lançar mão de algumas estratégias, dentre elas o método mãe-canguru, aleitamento materno e a participação nos cuidados de rotina com seu bebê através de uma interação mãe-enfermeira que priorize o apoio psicossocial e comunicação eficaz^(26,34).

Para que a mãe e a família auxiliem de forma efetiva nos cuidados um dos artigos traz o termo de participação orientada em que a enfermeira explica e supervisiona a fim de que com o tempo, a mãe possa assumir as funções gradualmente assim como o desenvolvimento do bebê prematuro. Percebe-se que "participação orientada é mais do que dizer, ensinar e responder as perguntas, é trazer a mãe para a prática necessária para alcançar as metas socialmente significativas como uma mãe"⁽³⁵⁾.

É imprescindível que a equipe da UTIN acolha e realize uma comunicação efetiva, terapêutica com os pais, evitando o uso de termos técnicos que se distanciam da realidade materna e faz com que os profissionais sejam vistos como detentores do saber. Neste ponto a enfermagem tem papel importante ao verificar se as informações repassadas pelos médicos foram compreendidas pelos pais, já que muitas vezes estão em estado de choque e não conseguem processar grande quantidade de dados acerca da condição de saúde de seu bebê. A enfermeira pode complementar e solucionar as dúvidas utilizando linguagem próxima da realidade da família. Os pais valorizam quando as informações são repassadas de forma simples e transparente a fim de que compreendam o está sendo planejado e realizado para seu filho. Enfatiza-se que é necessário uma nova abordagem no atendimento neonatal, em que sejam contemplados além dos aspectos fisiológicos do prematuro, fatores emocionais que envolvem os pais ajudando-os nos momentos das dificuldades frente a situação de internação do recém-nascido, pois quanto maior o suporte oferecido aos pais, mais satisfeitos eles estarão com o cuidado de enfermagem^(26,36,37,38).

Um estudo revelou que os pais de bebês internados em UTIN percebiam baixo nível de estresse por parte dos enfermeiros, enquanto avaliaram como alto o nível de apoio dos mesmos junto da família. Esses dados destacam o papel crucial da enfermagem ao apoiar os pais e a importância do relacionamento estabelecido a fim de aliviar seu estresse⁽³⁹⁾. É importante que a equipe perceba os pais como parceiros durante a internação do bebê na UTIN para que trabalhem juntos em prol da recuperação, ajudando-os a estabelecer uma relação

amorosa com seu filho. Desta forma, é importante que os enfermeiros compreendam a importância do seu papel junto à família, buscando sempre desenvolver relações terapêuticas através da conversa, de informações claras e prover intérpretes quando os pais não compreendem a língua utilizada para que possam obter as informações de que necessitam. O apoio emocional é valorizado pelos pais a partir da comunicação efetiva ao compreender seus sentimentos e saber que estão conseguindo cuidar de seu filho. Estas ações possibilitarão a diminuição do estresse, ansiedade, tensão e tristeza da mesma forma que conversar com a mãe acerca dos seus sentimentos e facilitar sua aproximação junto ao seu filho terá benefícios neste momento^(26,36,38).

É fundamental o apoio da Enfermagem ao envolver os pais nos cuidados e no processo de tomada de decisões a respeito do seu bebê mesmo quando se refere a momentos delicados como a decisão pelo fim da vida, a manutenção dos cuidados paliativos e no processo do luto. Prover informações precisas sobre os cuidados e tratamento faz com que se estabeleça uma relação de confiança, que é baseada na boa comunicação e na certeza de que o prestador de cuidados de saúde realmente se preocupa com seu filho⁽⁴⁰⁾.

Na Enfermagem a comunicação é indispensável, pois a compreensão de mensagens emitidas pode fazer grande diferença quando se procura estabelecer relação terapêutica. Identificar as necessidades dos pais na UTIN permite incorporá-las no plano de cuidados e melhorar a comunicação com a enfermagem. Por exemplo, a Enfermagem pode dar mais apoio durante as primeiras semanas de internação ao compreender que é um momento mais delicado. Assim, o cuidado centrado na família permite que se estabeleça um cuidado individualizado, fazendo com que mãe e pai se sintam mais seguros, diminuindo a ansiedade ao estabelecer uma relação terapêutica com a equipe de enfermagem^(26,38).

Descuido na relação entre enfermeira e mãe

Nos artigos pesquisados percebeu-se que a palavra UTI causa um impacto, que pelo desconhecimento da função da mesma, as pessoas entendem como sendo esta um lugar em que se vai para morrer. Assim, a internação do neonato provoca "situações de angústias na família, principalmente na mãe, com sentimentos de desapontamento, incapacidade, culpa e medo da perda, da situação vivenciada, que prejudicam a relação interpessoal"⁽⁴¹⁾. Espera-se da enfermeira neonatal competência e disponibilidade para envolver mães e pais o mais cedo possível no cuidado de seu bebê e estar aberta para o desenvolvimento de um relacionamento baseado em confiança. Uma pesquisa demonstrou pelas falas das mães que consideravam as enfermeiras inteligentes, agradáveis e gentis, úteis e de apoio, mas também como ignorantes, mandonas e ocupadas, com pouca atenção para as necessidades das novas mães. Assim, pode-se afirmar que existe uma falha de comunicação entre as mães e equipe de saúde, de certa forma devido ao cotidiano intenso e estressante da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, porém esta não deve ser uma desculpa para que não se melhore a relação e interação neste momento^(26,39).

Em uma UTIN a carga de trabalho é estressante e de alta complexidade, exigindo muito dos profissionais, o que pode contribuir para a falta de tempo disponível para o suporte às mães e sua família¹²⁶. Os enfermeiros podem esquecer que os pais necessitam de apoio emocional e orientação, comprometendo as relações interpessoais o que se configura como um desafio no movimento de humanização do atendimento e do envolvimento dos pais nos cuidados, pois "a tecnologia avança cada vez mais (...) levando os profissionais a aprimorarem suas habilidades técnicas, fazendo-os esquecer de que cuidam de pessoas"¹²⁷.

É natural que o cuidado na UTIN focalize as necessidades da criança, mas quando a mãe não é inserida nos cuidados, quando ela sente não pertencer nem à unidade intensiva nem aos cuidados da maternidade, o sentimento de exclusão por parte da mãe é reforçado⁶⁰. Não reconhecer a importância da mãe e não incluir suas necessidades nos cuidados, é entendido como indiferença, levando a um sofrimento em que a dignidade é insultada. Um estudo indicou que inconsistências nas informações recebidas relativas ao bebê geraram confusão entre as mães⁶⁹, quando havia conflito de orientações entre os profissionais, esse tipo de comportamento contribuiu para a tensão dos pais, pois sentiam que não recebiam dados suficientes¹²⁸.

A oscilação entre a exclusão e participação se mostra presente nos relatos dos estudos, há muitos exemplos de como a mãe lutou para ser reconhecida, para obter informações detalhadas sobre a saúde de seu filho e para participar dos cuidados a ele. Informação verbal é importante na interação entre mãe e cuidador, e para que esta entenda a situação de seu filho precisa de orientação contínua. Porém, por vezes, há falhas na comunicação, o que origina sentimentos de desencanto, conformismo e incompreensão do quadro clínico do bebê, leva à especulação sobre o que os cuidadores estavam fazendo com a criança na ausência da mãe, levando-a a sofrer ao se sentir excluída^{6,13,20}.

Manter as mães com bebês na UTI internadas próximo das que estão junto de seus bebês é emocionalmente difícil, pois sentem que não tem nada em comum entre elas. Em um estudo as mães relataram um desejo intenso de permanecer no hospital para estar próxima, amamentar e cuidar de seu filho, porém sentiam que tomavam o lugar de outra mãe que precisava mais dos cuidados na já superlotada maternidade. Neste caso, não havia cama nem lugar para elas na UTIN e havia um sentimento de não serem bem-vindas. Quando a criança estava dormindo se julgaram desnecessárias, já que tinham pouco a fazer. Os quartos e arredores não eram acolhedores e muitas vezes era impossível encontrar um lugar para ficar sozinha com seu filho⁶⁴.

Em um dos artigos que abordava o tratamento de fototerapia, as mães apontaram os problemas mais significativos: "o desconhecimento da terapêutica; a preocupação com a evolução clínica do estado do bebê; o ambiente desconhecido e por vezes assustador; o isolamento do seio familiar; o temor da alta hospitalar deixando o bebê na maternidade e a falha na comunicação com a equipe de saúde"¹¹⁴. Desta forma, é importante a conscientização e sensibilização dos

profissionais frente às necessidades destas mulheres a fim de que se sintam acolhidas neste momento difícil.

Conforme um dos estudos, a participação das mães na UTIN ainda é incipiente, porém há interesse da equipe em incluí-las nos cuidados. Mesmo assim os profissionais percebem uma modificação no ambiente com a presença dos pais, o que interfere na dinâmica de trabalho gerando insegurança na equipe que se sente fiscalizada e ainda preocupa-se com as infecções hospitalares. Outro estudo complementa esta situação em que mães não estavam se sentindo valorizadas, pois foram excluídas dos cuidados e se percebiam como alguém que está ali para atrapalhar, reclamar e até mesmo fiscalizar. Sendo que elas percebem que nem todas as enfermeiras estão dispostas a aceitá-las como parceiras no cuidado ao seu filho, ocorrendo uma falta de continuidade nos cuidados o que impede a formação de laços com a equipe^{73,13,24}.

Ações de educação em saúde

Em alguns estudos na área de cuidados aos pais com bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), enfermeiros enfatizam a importância do uso de manuais, recursos visuais sobre os cuidados, realização de grupo de orientação, enfim modos de educação que englobem a família e a equipe de enfermagem, envolvidas no cuidado ao bebê. O uso de documentos em forma de manuais em linguagem acessível que forneçam informação a respeito do funcionamento da UTIN, das dúvidas mais frequentes, dos procedimentos realizados rotineiramente e como as necessidades de seus filhos serão satisfeitas é necessário, já que as mães podem ficar ansiosas durante a hospitalização e podem não conseguir absorver todas as informações fornecidas pela equipe inicialmente. Ao fornecer os manuais os pais poderão ler com mais tranquilidade e recorrer a ele sempre que houver necessidade^{73,14,20}.

Estudo que tinha como proposta cuidar da mãe do neonato em fototerapia envolvia, além da comunicação efetiva entre a enfermeira e mãe-filho, o uso de recursos visuais de baixo custo, como um painel ilustrado sobre fototerapia e outros materiais que também podem ser utilizados, conforme a criatividade. A realização de grupos de encontro é valorizada por possibilitar que as mães expressem suas dúvidas, sentimentos, anseios, preocupações e sua forma de pensar, além de serem momentos valiosos para a detecção de problemas. A equipe também auxilia nos momentos de crise, enfatiza os recursos pessoais que as mães possuem para lidar com a internação, ajuda no desenvolvimento de habilidades para o cuidado ao bebê em UTIN, cria vínculos com as mães e família, busca enfim tranquilizar os pais neste momento delicado. A partir das discussões geradas nos encontros, a Enfermagem pode planejar e implementar intervenções de suporte junto à mãe e sua família^{13,24}.

Frente a um cenário estressante e delicado da UTIN, a equipe também necessita de educação permanente que vai além de técnicas ou o uso de aparelhos de última geração, é importante incluir "conteúdos sobre o cuidado centrado no desenvolvimento, apego e vínculo afetivo mãe-filho e família, relacionamento interpessoal, acolhimento da clientela entre outros, o uso de técnicas educativas para otimizar o treinamento da mãe e família com vistas ao cuidado domiciliar"¹²⁰.

Um programa de educação continuada junto aos enfermeiros auxilia a desenvolver e melhorar a sua habilidade para uma comunicação eficaz e parceria com as famílias^{28,29}. É importante a abordagem de temas como o apoio à família, cuidados paliativos e processo de luto, pois somente a partir das reflexões dos profissionais acerca dos temas que envolvem a família em UTIN será possível planejar mudanças que favoreçam tanto a equipe de saúde como a unidade familiar^{29,30}.

DISCUSSÃO

Destaca-se nos estudos a evidência da necessidade de suporte por parte das mães e sua família, o que inclui a conscientização da equipe multiprofissional da UTIN sobre os aspectos emocionais que envolvem a mãe durante a internação de seu filho prematuro. Assim, poderão ser valorizados "os aspectos psicológicos, reconhecendo situações de vulnerabilidade, bem como se devem resgatar os valores humanísticos no atendimento ao recém-nato prematuro, a interação com a família, em um mesmo ambiente comum, lhes proporcionando segurança, afetividade e atendimento qualificado"³¹.

Na rotina intensiva de cuidado da UTIN, por vezes ainda se privilegia a tecnologia em detrimento do cuidado, em que os procedimentos são realizados de forma técnica e mecânica desrespeitando as necessidades de conforto, sono e repouso do bebê, o que configura em um descuido que se estende à mãe que é privada de participar da vida do seu filho nesta fase³².

O que se vê é a falta de preparo da equipe para lidar com um ambiente estressante, situações limítrofes de vida e morte, alta tecnologia e, ainda, para compreender a labilidade emocional das mães, o que impede que possam prestar um cuidado individualizado a estas mulheres e suas famílias. Esta situação acarreta angústias aos profissionais que percebem as necessidades, mas não dispõem de tempo, um local adequado e preparação para enfrentar situações delicadas, desta forma é importante a criação de um ambiente para encontro, discussão e troca de vivências além de um programa dentro da UTIN de educação permanente voltado para as relações interpessoais³³.

A comunicação é um ponto chave no estabelecimento da relação enfermeira-mãe e por meio dela pode-se procurar diminuir as tensões e ansiedade ao prover informações quanto ao diagnóstico, tratamento, determinadas condutas e rotinas hospitalares, abrindo o espaço para a interação e solucionando as dúvidas^{3,34}.

A educação em saúde durante a internação neonatal é importante para a melhor compreensão deste universo estranho para a mãe e como ela pode se aproximar e ajudar na recuperação do bebê, compreendendo que o uso de carilhas, manuais, recursos áudio-visual isoladamente não demonstram a eficiência necessária³⁵, exigindo a vinculação da educação em saúde com a abertura dos profissionais à relação de parceria e suporte às mães.

Para que se tenha um cuidado de enfermagem de qualidade, a mãe e a família devem ser vistas como aliadas no contexto do cuidado ao recém-nascido para que se desenvolva a ligação afetiva e que a mãe possa acariar e reconhecer seu bebê que no momento se encontra tão pequeno e frágil, mas que com a parceria enfermagem e mãe só irá se beneficiar³⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos que abordam a relação estabelecida entre a equipe de enfermagem e as mães com bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foi possível compreender que há muito que melhorar apesar de esforços serem reconhecidos. Os estudos apontam a necessidade das mães por suporte, o que inclui informações detalhadas e em linguagem acessível acerca do estado clínico e procedimentos realizados com seu filho, apoio emocional, envolvimento nos cuidados ao bebê, disponibilidade para estar e conversar com as mães.

Apesar da busca ter sido realizada com o descritor *Mothers* foram encontrados nos artigos a preocupação com o pai, percebendo que não somente a mãe é importante na recuperação do neonato, como o apoio de ambos os pais.

Por outro lado, esta revisão apontou como lacuna no conhecimento as questões referentes à capacitação dos profissionais que lidam com esta realidade de cuidado ao bebê em UTIN, assim como à mãe e família que vivenciam este período delicado. Demonstra ainda a necessidade de estudos a respeito do cuidado à mãe durante a hospitalização de seu bebê.

O cuidado individualizado é imprescindível para o estabelecimento de uma relação interpessoal de qualidade entre os pais e a enfermeira, pois ao compreender suas necessidades, esta pode planejar estratégias efetivas. Para que a prática das enfermeiras neonatais sejam implementadas por cuidados que abranjam tanto o bebê como a mãe e família se torna indispensável a capacitação para o aprimoramento dos profissionais a fim de suprir as expectativas das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IWL. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev Eletrônica Enem [periódico na internet]*. 2010 [acesso em 15 jul 2010];12(1):133-9. Disponível em: <<http://www.enem.org.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>>.
2. Vieira CS, Meilo DE, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rolê e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletrônica Enem [periódico na internet]*. 2010 [acesso em 15 jul 2010];12(1):11-9. Disponível em: <<http://www.enem.org.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>>.
3. Santos SA, Geth LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no

- domicílio. *Rev Bras Enferm* 2008;61(5):545-51.
4. Correia LL, Carvalho AEF, Unhaes MBM. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Rev Latinoam Enferm* 2008;16(1):64-70.
5. Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing. *Rev Nurs Health* 1987;10(1):1-11.
6. Universidade Federal de Santa Catarina [homepage na Internet]. Biblioteca Universitária. [acesso em 02 jun 2010]. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/>>.
7. Tegan L, Fagermoen MS, Hjelseth S. Development of parent – nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. *J Adv Nurs* 2008;64(4):363-71.
8. Obeldal HM, Bond EA, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Perinat Educ* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 14 set 2010];18(3):23-9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730907/>>.
9. Wignot H, Johansson R, Borg M, Helldén A-L. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Nordic Coll Caring Sci, Scand J Caring Sci* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 14 set 2010];20:35-41. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16489958>>.
10. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 14 set 2010];15:726-34. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16684168>>.
11. Campos ACS, Cardoso MVLML. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob intubação. *Tema & Contexto Enferm* 2008;17(1):36-44.
12. Silva RV, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(1):108-15.
13. Turan T, Başbakkal Z, Özbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 13 set 2010];17:2856-66. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x/full>>.
14. Tran C, Medhurst A, O'Connell B. Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neonatal Paediatric Child Health Nurs* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 13 set 2010];12(2). Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&data=jmshbmc9c1HQYnmc280ZT1aG9ndC1saXZlbnB-c8h&AN=2010587898>>.
15. Fraga TF, Amante LN, Anders JC, Padilha MICS, Hendriksmair L, Costa R et al. Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Brasileira Enferm* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 14 set 2010];11(1):612-9. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>.
16. Aagaard H, Hall EOC. Mothers' Experiences of Having a Preterm Infant in the Neonatal Care Unit: A Meta-Synthesis. *J Pediatr Nurs* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 14 set 2010];23(3). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18492543>>.
17. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm* 2009;62(5):729-33.
18. Kearwell H, Grant J. Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Aust J Adv Nurs* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 15 set 2010];27(3). Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detailvid=18&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&data=jmshbmc9c1HQYnmc280ZT1aG9ndC1saXZlbnB-c8h&AN=2010637443>>.
19. Campos ACS, Moreira MVL, Cardoso L. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob intubação. *Ciênc Enferm* 2006;12(1):73-81.
20. Lam J, Spence K, Halliday R. Parents' perception of nursing support in the neonatal intensive care unit (NICU). *Neonatal Paediatric Child Health Nurs* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 14 set 2010];10(3). Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detailvid=16&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&data=jmshbmc9c1HQYnmc280ZT1aG9ndC1saXZlbnB-c8h&AN=2009732721>>.
21. Edm LM, Callister LC. Parent Involvement in End-of-Life Care and Decision Making in the Neonatal Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Perinat Educ* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 14 set 2010];19(1):29-39. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/184841/>>.
22. Mundy CA. Assessment of family Needs in neonatal intensive care units. *Am J Crit Care* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 17 set 2010];19:156-63. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detailvid=20&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&data=jmshbmc9c1HQYnmc280ZT1aG9ndC1saXZlbnB-c8h&AN=2010587898>>.
23. Martinez JC, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(2):239-46.
24. Heesmann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: Outsider to Partner. *Pediatr Nurs* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 15 set 2010];31(3). Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detailvid=24&hid=113&sid=1f3703aa-9101-4959-82cd-a104b38514cc%40sessionmgr112&data=jmshbmc9c1HQYnmc280ZT1aG9ndC1saXZlbnB-c8h&AN=2005118282>>.
25. Vale IN, Souza SR, Camara IV. Nursing Diagnoses Identified During Parent Group Meetings in a Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Nurs Terminol Classif* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 14 set 2010];16:3-4. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16438668>>.

26. Mcalister M, Dione K. Partnering with Parents: Establishing Effective Long-Term Relationships with Parents in the NICU. Neonatal Netw [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 16 set 2010];25(9). Disponível em: <<http://web.ebsco-host.com/ehost/detail?vid=22&hid=113&sid=103703aa-9101-4959-82cd-a104b38514ca%40sessionmgr112&bdata=jmodbmc9c1fc07mimc2802111aC3edC1sa0Z5tdb--c3h&AN=2009282136>>.
27. Araújo BBA, Rodrigues BMRD. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010;14(2):284-92.
28. Guimarães GP, Monticelli M. Desmotação da puérpera para praticar o método mãe-canguru. Rev Gaúch Intern 2007;28(1):11-20.
29. Krawski WJ, Lee KH. Communicating with parents of premature infants: who is the informant? J Perinatol 2005;26(1):44-8.
30. Brum EFMD, Schemmann L. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum 2007;17:12-23.
31. Araújo BBA, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise reflexiva. Rev Enferm UERJ 2008;16(2):180-6.

Anexo II – Artigo “Sentimentos Maternos Frente à Hospitalização de um Recém-nascido na UTI Neonatal”.

SENTIMENTOS MATERNS FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO DE UM RECÉM-NASCIDO NA UTI NEONATAL

MATERNAL FEELINGS FACING THE HOSPITALISATION OF A NEWBORN IN NEONATAL ICU

Aliciane Correia de Lima¹, Reginaldo Passoni dos Santos², Simone Pereira Silva³, Janaine Verônica Lahn³**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo compreender os sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, realizada em um hospital público/privado de médio porte, localizado na região Oeste do interior do Paraná. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, realizou-se entrevista gravada com oito mães de recém-nascidos internados na UTIN. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2011 e estes foram interpretados conforme a análise de conteúdo, da qual emergiram cinco categorias. Os resultados revelaram que a notícia da internação do filho desencadeou nas mães diversos sentimentos que, em sua maioria, relacionam-se à perda. Considera-se necessário sensibilizar toda a equipe que atua na área de Neonatologia e capacitar os enfermeiros para que possam oferecer suporte emocional aos familiares durante o processo de reabilitação do neonato.

Descritores: unidades de terapia intensiva neonatal; relações mãe-filho; comunicação; enfermagem materno-infantil; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to understand the feelings experienced by mothers of newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). This is a descriptive and exploratory qualitative study, conducted at a public / private midsize located in the western region of Paraná state. After project approval by the Ethics Committee, taped interviews were undertaken with eight mothers of infants admitted to the NICU. Data collection occurred in July 2011 and these were interpreted as content analysis, which emerged five categories. The results revealed that the news of the hospitalization of the child caused diverse feelings in their mothers, mostly related to the loss. It is necessary to sensitize all the staff who works in the area of Neonatology and train nurses so that they can provide emotional support to families during the rehabilitation process of the newborn.

Key-words: neonatal intensive care unit; mother-child relations; communication; maternal-child nursing; nursing care.

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é um local específico destinado ao tratamento de recém-nascidos prematuros ou que apresentam algum tipo de problema ao nascer, os quais necessitam de cuidados especiais, onde permanecem internados o tempo necessário para a recuperação de sua saúde.¹

No entanto, cabe destacar que a UTIN surgiu com o intuito de proporcionar cuidados especializados aos recém-

nascidos, através de técnicas e procedimentos sofisticados, a fim de reverter os distúrbios que colocam em risco a vida dos bebês.^{2,3}

Para fornecer esses cuidados, a UTIN dispõe de recursos humanos e materiais necessários para dar suporte contínuo às funções vitais dos recém-nascidos, através da alta tecnologia e da equipe de profissionais especializados, como médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde durante 24 horas por dia.⁴

Entretanto, a hospitalização do recém-nascido em uma UTIN gera nas mães sentimentos de tristeza, medo e estresse, justo porque elas se encontram fragilizadas e inseguras quanto à vida de seu filho. Para Reichert, Lins e Collet,⁵ a internação do recém-nascido promove desequilíbrio emocional nos pais, os quais podem se desestruturar e criar fantasias ameaçadoras em relação ao ambiente da UTIN, na qual se pode induzir uma desorganização emocional, tornando-os ansiosos e impacientes.

Por conta disso, durante a hospitalização do recém-nascido, é de profunda importância a humanização da assistência à família e ao bebê, oferecendo cuidados integrais para ambas as partes, valorizando suas crenças e valores, lembrando que cada ser é único.

A humanização contribuirá para o desenvolvimento e evolução do recém-nascido e ajudará a minimizar elementos que possam ser provocados pela hospitalização, garantindo qualidade e eficiência no tratamento.⁶

No entanto, para que a assistência ao RN no ambiente da UTIN ocorra de forma humanizada, deve-se, em parte, sensibilizar o enfermeiro sobre a importância do contato precoce e contínuo entre pais e filhos, bem como incentivá-los a participar da assistência prestada à criança, ensinando-os como realizar os cuidados e, principalmente, oferecer o apoio psicológico de que necessitam.⁷

Diante disso, Camargo *et al.*⁸ ressaltam a importância de valorizar o primeiro contato dos pais com o RN internado, incentivando-os a tocar e conversar com o filho, chamando-o pelo nome. Outro tema importante a ser considerado no tratamento do RN é diminuir a ansiedade dos pais por meio do fornecimento de informações, que deve ser realizado pela equipe de enfermagem.

Neste sentido, Carvalho *et al.*⁹ afirmam que o atendimento não deve ser focado apenas no recém-nascido, mas também procurar acolher os pais, fornecer-lhes informações

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 4, p. 112-115, 2013

1. Infância, além do caso de pós-parto em Controle de Infecção Hospitalar - Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.

2. Acadêmico do curso de Enfermagem - Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.

3. Professora do curso de Enfermagem - Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.

Recebido em 26/03/2013. Aceito para publicação em 12/07/2013.

Contato: reginaldo.pasconi@pucpr.br

sobre o estado de saúde de seu filho, bem como da importância dos equipamentos que estão sendo utilizados na recuperação dele. Portanto, considerar e assistir a família do neonato hospitalizado é atributo da equipe de saúde, sobretudo da enfermagem, que permanece em tempo integral no cuidado ao recém-nascido.¹⁰

Assim, o presente estudo teve como objetivo compreender os sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa dá profundidade aos dados, dispersão, riqueza interpretativa, contextualização do ambiente, ou seja, os detalhes e as experiências são únicos, na qual oferece um ponto de vista recente, natural e holístico.¹¹

O estudo foi realizado em um hospital público/privado de médio porte, localizado na região Oeste do interior do Paraná. O contexto da investigação foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que dispõe de oito leitos (seis destinados ao SUS e dois aos convênios e particulares) que presta atendimento aos recém-nascidos de 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias. Nesta unidade, a visita dos pais ao recém-nascido é liberada diariamente no horário das 12 às 13 horas e das 17 às 18 horas. A visita para os avós é liberada somente às quartas-feiras, no horário das 15 às 16 horas.

A população do estudo foi composta por oito mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, selecionadas a partir do critério de inclusão de ser maior de 18 anos, independente do grau de escolaridade, dias de internamento do recém-nascido, diagnóstico clínico e local de moradia.

A coleta de dados foi realizada entre os dias 7 e 19 do mês de julho de 2011, individualmente, em local reservado, após a visita das mães ao filho. Para realizar a coleta, optou-se pela entrevista semi-estruturada contendo dezesseis questões mistas, abertas e fechadas, divididas em duas partes, sendo a parte A com os dados das mães e dos recém-nascidos e a parte B um questionário específico sobre o tema.

A entrevista foi gravada e transcrita na íntegra pela pesquisadora para posteriormente ser lida e analisada. Após a transcrição das falas, a gravação foi excluída. A coleta de dados foi realizada mediante parecer favorável do comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob protocolo nº 6.097 e da autorização da instituição onde ocorreu a pesquisa.

Para garantir o anonimato das mães, as falas das entrevistadas foram identificadas por número de recém-nascidos: RN1 a RN8. Vale ressaltar que os aspectos éticos e legais foram respeitados neste estudo, segundo a Resolução 196/96 da pesquisa com seres humanos do Ministério da Saúde.

Os resultados foram analisados conforme a análise de conteúdo, mediante os seguintes passos: análise do material, organização dos dados, separação por similaridade de sentidos e formação de categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população do estudo

Foram entrevistadas oito puérperas, com idades compreendidas entre 19 e 39 anos. Destas, três eram solteiras,

duas casadas e as demais viviam em união consensual estável com o companheiro.

Neste estudo, predominou-se a religião católica, isto ocorre pelo fato do catolicismo ser predominante no Brasil e quando batizadas as pessoas se consideram católicas mesmo não sendo praticantes. A fé em Deus representa um aspecto importante mediante à internação na UTI.¹²

Em relação à ocupação, três trabalhavam como auxiliares de produção, duas eram "do lar" e as demais atuavam como auxiliar administrativa, auxiliar de serviços gerais e vendedora.

Quanto ao nível de escolaridade, uma não concluiu o ensino fundamental, uma tinha o ensino fundamental completo, cinco possuíam o ensino médio completo e apenas uma tinha graduação em ensino superior.

O grau de escolaridade pode interferir na comunicação entre a equipe e os pais. Este fato pode gerar dificuldades no entendimento das informações fornecidas. Portanto, na opinião de Soares, Santos e Gasparino¹³ faz-se necessário que os profissionais avaliem o grau de escolaridade dos pais, a fim de adequar a linguagem para que todas as orientações fornecidas sejam compreendidas.

Com relação ao pré-natal, seis relataram ter realizado consultas durante a gestação e duas não fizeram nenhuma consulta. De acordo com Magalhães *et al.*¹⁴ a não realização do pré-natal é considerada um fator de risco para possíveis complicações durante o parto e o nascimento de um RN de risco. Quanto ao número de gestações, quatro são primíparas, três multiparas, apenas uma não teve gestação pelo fato de ser mãe adotiva.

Sobre os recém-nascidos das participantes, cinco são do sexo masculino e quatro do feminino. O menor peso ao nascer foi de 750 g e o maior de 2.575 g, sendo o baixo peso um dos fatores que pode influenciar na morbimortalidade e complicações clínicas no RN internado na UTIN.¹⁵

A idade gestacional das mães neste estudo variou de 24 a 33 semanas, ou seja, eram recém-nascidos pré-termo. Para Tamez e Silva,¹⁶ os RNs são classificados de acordo com a idade gestacional, sendo que o RN pré-termo é aquele nascido antes de 37 semanas, o RN a termo entre 37 e 42 semanas e o pós-termo nascido acima de 42 semanas.

O motivo predominante da internação do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal foi prematuridade e distúrbios respiratórios. Segundo Raad, Cruz e Nascimento,¹⁷ os bebês prematuros podem apresentar várias complicações, sendo a do sistema respiratório a mais importante delas. Isto ocorre pela falta de uma substância chamada surfactante, cuja função é manter os pulmões abertos para que a respiração se realize. Sem esta substância, os pulmões permanecem colapsados e o oxigênio do ar ambiente não consegue passar para a corrente sanguínea.

De acordo com Tamez e Silva,¹⁶ a produção do surfactante inicia-se a partir da 23ª e 24ª semanas de gestação. A maturação anatômica e funcional dos pulmões requer, pelo menos, 35 semanas de gestação, sendo que o desenvolvimento funcional do pulmão fetal e a produção de surfactante são necessários para manter a função respiratória normal.

Após a transcrição das falas e a análise dos dados, foram construídas as seguintes categorias de acordo com a similaridade das respostas apresentadas nos discursos das mães: sentimentos das mães frente ao internamento do RN e reações das mães frente ao aparato tecnológico dispensado no cuidado em UTIN.

Sentimentos das mães frente ao internamento do RN

AUTEN, por ser um ambiente que indica as condições de agravamentos da saúde do neonato, desencadeia nos pais diferentes tipos de emoções.⁴

A maioria das mães acredita que a UTIN é um local onde as pessoas estão em estado crítico e prestes a morrer. Por isso atribuem fatos negativos em relação a este ambiente, que para elas é assustador, o qual pode desencadear sentimentos conflitantes e angustiantes, onde elas ficam inseguras e com medo de que algo mais grave aconteça com seu filho.⁵

Conforme exposto acima, a notícia da internação do filho na UTIN despertou nas mães deste estudo vários sentimentos como: tristeza, desespero, choro, choque, dor, medo, angústia e a sensação de perda, sendo que a presença destes sentimentos poderá afetar a formação do vínculo afetivo entre mãe-filho. Neste sentido, Campos et al.¹⁰ afirmam em seus estudos que as mães apresentam esses sentimentos por não saberem o que está acontecendo com seu filho, uma vez que para os pais, a hospitalização é vista como uma situação crítica e delicada.

Em relação aos sentimentos das mães seguem os seguintes relatos: "Não foi muito fácil não [...] Foi difícil." (RN1); "Fiquei bem triste, eu não imaginava... As vezes choro né, porque é normal, mas tô superando." (RN2); "Eu fiquei desesperada... Chorei o dia inteiro [...] É uma sensação de perda." (RN3); "Não esperava que ia nascer antes, né?" (RN4); "Eu achei: ele vai nascer, vai pra casa como o outro." (RN5).

Diante dos sentimentos apresentados pelas mães, Souza, Silva, Guimarães¹⁸ e Guedes¹ ressaltam que a internação do recém-nascido com poucas horas de vida é sempre motivo de tristeza, ansiedade, medo, angústia e apreensão por todos da família, devido ao risco de vida do filho.

Para Santos et al.,²¹ os fatores que contribuem para o desenvolvimento desses sentimentos são as condições clínicas do RN, sua aparência física e o ambiente da UTIN.

A seguir será apresentada a fala emergida pela mãe que teve filhos gêmeos e que ao saber que seriam internados na UTIN, sentiu-se deprimida, conforme observado durante a entrevista e reafirmado através do seu depoimento: "Depressão sabe, fiquei muito deprimida, principalmente depois que fui para casa." (RN8).

Mediante a resposta da mãe, entende-se que para ela deixar o filho na UTI neonatal, enquanto o mesmo poderia estar em casa sob seus cuidados, gera sentimento de incapacidade, impotência, diminui sua autoestima, podendo evoluir para depressão, prejudicando a relação afetiva entre mãe-bebê.

A depressão é caracterizada pela quebra dos ideais e sonhos tidos durante a gestação e também pela impossibilidade da mãe dispensar cuidados ao filho.¹⁹

Portanto, compreender os sentimentos dessas mães é resgatar seu valor moral enquanto seres humanos, procurar atender suas necessidades e prepará-las para que propiciem ao filho uma qualidade de vida adequada.¹⁹

Reações das mães frente ao aparato tecnológico dispensado no cuidado em UTI neonatal

A UTI neonatal é considerada uma unidade de alta complexidade, devido ao aparato tecnológico que dispõe para garantir a sobrevivência do recém-nascido de alto risco. Reafirmando o exposto, Souza, Silva e Guimarães¹⁸ relataram em seus estudos que a alta tecnologia aliada aos conhecimentos

técnicos-científicos dos profissionais tem garantido a sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros onde, inicialmente, a vida lhes parecia inviável.

Em contrapartida, este ambiente que deveria zelar pelo bem-estar da criança é um local repleto de luzes fortes e constantes, barulhos, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo de sono, visto que são necessárias a realização de avaliações e procedimentos.¹

Durante a entrevista, observou-se que ao entrar na UTIN pela primeira vez, as mães ficaram assustadas, desesperadas diante da quantidade de aparelhos utilizados na recuperação de seu filho, um ser tão pequeno e frágil. Seguem alguns depoimentos: "Levei um susto, ver ela cheia de aparelhos é difícil." (RN1); "Foi... Nossa! Meu filho nestes aparelhos! Será que vai ficar bem?" (RN6); "Na verdade fiquei mais desesperada ainda, porque eu vi ele com oxigênio [...] Cheio de agulhas, todo furado." (RN3); "Só fiquei muito assustada quando eu entrei lá dentro, que eu vi ele com tubo no nariz, tubo na boca, capote, 'loquinho' [...] O primeiro impacto foi horrível de ver ele todo intubado, um bebezinho tão pequeninho [...]" (RN7). Uma das mães entrevistadas relatou emoção, como mostra na fala a seguir: "Fiquei assim emocionada, né? [...] Senti uma emoção muito grande, daí, assim, fiquei preocupada porque vi ela com um monte de aparelho, respirador, sorinho, essas coisas." (RN4).

A visão de um bebê doente cercado de aparelhos e cuidados especializados pode ser muito dolorosa para as mães, por achar que o filho está sofrendo, e isto pode influenciar na qualidade do contato inicial, com isso torna-se essencial o apoio da equipe a esta mãe para superar as dificuldades iniciais.

Segundo Karst,²⁰ as mães sentem-se culpadas por verem o filho em uma incubadora neonatal, com marcas de picadas de agulha, cheio de fios, tubos e cercado de aparelhos. No mesmo sentido, Campos et al.¹⁰ referem que os pais se surpreendem com a complexidade da UTIN e da real situação em que o filho se encontra.

Portanto, a primeira visita pode ser deprimida devido à aparência física do RN, o prognóstico e o tratamento dispensado, proporcionando incertezas na relação à saúde de seu filho.

Alves, Costa e Vieira¹⁶ comentam que é praticamente impossível evitar o estranhamento que o ambiente hospitalar com altas tecnologias e aparelhos causa tanto para o recém-nascido quanto para seus pais. Mediante esta situação, o ideal é preparar as mães antes de entrarem na unidade pela primeira vez, com relação ao quadro clínico e aos aspectos físicos do neonato que, na maioria das vezes, é diferente do idealizado por elas durante a gestação.⁴

Através deste estudo, foi observado que, apesar da complexidade da UTIN, algumas mães relataram que o primeiro encontro com o filho foi de esperança e alegria, como se mostra nos relatos a seguir: "Esperança que ela ia sair de lá." (RN6); "Eu só queria ver, porque pra mim eu não acreditava [...] E vendo ali que eu consegui me sentir bem." (RN8).

O desconhecimento da terapêutica utilizada gera nas mães estados de perturbações e nervosismo ao ver o filho ser submetido a um tratamento diferente do vivenciado diariamente.¹ Diante disso, mesmo recebendo informações, as mães não conseguem assimilar essas explicações, isto pode ser evidenciado claramente neste estudo quando uma das mães relatou que no momento da internação recebeu várias orientações, mas devido ao nervosismo, ansiedade e sentimento de perda, ela não saberia dizer o que foi explicado, conforme fala: "[...] Você tá tão nervosa, tão ansiosa, o sentimento de perda é tão grande [...] Na verdade eu não saberia te dizer o que me falavam." (RN3).

O estado emocional da mãe é um dos obstáculos para o não entendimento das orientações recebidas. Neste aspecto, Lohmann²¹ orienta que no primeiro encontro da equipe com os pais deve-se fazer a apresentação de cada integrante da equipe. Porém, antes de passar qualquer orientação sobre o neonato, os pais devem ser ouvidos e incentivados a fazer perguntas.

Considera-se importante que o enfermeiro responsável pela unidade realize orientação adequada às mães no momento da admissão do RN na UTIN, pois, na opinião de algumas mães, as orientações recebidas não foram suficientemente esclarecedoras, conforme será mostrado nos relatos a seguir: *"Foi esclarecedora por um certo lado, mas nem tanto, ninguém nunca se preparou para isso."* (Rn1); *"Mais ou menos [...]. Não sei se é porque eu estava com medo [...]."* (Rn2); *"Assim, eles passam o básico para a gente [...]."* (Rn4).

De acordo com Costa, Arantes e Brito,² a ausência de informações sobre o bebê pode desencadear nos pais diversos sentimentos, como descontentamento, incompreensão, conformismo e intenso sofrimento. Diante disso, é de extrema importância o enfermeiro permanecer 24 horas dentro da UTIN.

Para Montanholi,²² o profissional enfermeiro possui formação e competência adequada para prestar e planejar o cuidado ao neonato de alto risco, cuidado este que requer atenção, capacidade de tomar decisões, habilidade técnica, interação com a equipe, pais e familiares, além de cuidar com delicadeza, sensibilidade e amor.

A atuação do enfermeiro na UTI neonatal é vital porque ele está preparado não só para identificar os fatores de risco ou para satisfazer as necessidades da puérpera, mas também para implementar ações efetivas que visam o desenvolvimento do recém-nascido e a garantia de uma assistência de qualidade e humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou compreender os sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal. De acordo com os dados retirados dos discursos das mães, vários sentimentos foram vivenciados por elas, como tristeza, dor, desespero, medo, angústia e sensação de perda. Mesmo diante da alta tecnologia presente na UTIN, a maioria das mães participantes do estudo mostrou-se insegura e assustada com a permanência do filho nesta unidade.

Sugere-se que o enfermeiro responsável pela UTIN realize um trabalho com os pais, em especial com a mãe, antes e durante a visita ao filho, realizando orientações adequadas, informando claramente o que está ocorrendo, as normas e rotinas da unidade, como também a elaboração de panfleto informativo contendo fotos e explicações claras sobre os aparelhos contidos neste ambiente.

Com isso, espera-se que a assistência de enfermagem seja realizada de forma holística, onde o cuidado deve ir além do neonato, contribuindo para uma melhor interação com a família neste ambiente, proporcionando, assim, um atendimento de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Fosta MA, Campos ACS, Pimentel ZB, Fische CMGC. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. *Cogitare Enferm*. 2007;12(3):323-9.
2. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI neonatal sob ótica das mães. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 25 fev 2011];12(4):696-704.
3. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2007 [acesso em 06 jun. 2011]; 9(1):200-13. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf>.
4. Guedes JAD. Enfermagem na pesquisa sobre visitas ao recém-nascido em UTI neonatal. *Rev Pesq Cuidad Fundam* [Internet]. 2010;(2 Suppl):760-3. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/Article/1121>.
5. Kaebel E. *Condutas no paciente grave*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
6. Carvalho RH, Araújo ACPE, Costa ICC, Brito RS, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):734-8.
7. Carvalho RMA. A enfermagem na promoção da presença dos pais-familiares em CTR pediátrica/neonatal. *Rev Méd Hosp São Vicente do Paulo*. 2002;14(3):32-4.
8. Costa RMD, Nascimento MJR. A responsabilidade do enfermeiro na humanização da assistência em terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UNISA*. 2001;2:44-4.
9. Camargo CL, Toste MPSP, Oliveira APVR, Quirino MD. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. *Ciência Cuidado Saúde*. 2004; 3(3):267-75.
10. Campos ACS, Odório MHR, Oliveira MMC, Fische CMGC. Recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. *Rev RENE*. 2008;9(1):52-9.
11. Sampieri RH, Collado CP, Lucio PB. *Metodologia de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
12. Soares LO, Santos RJ, Gasparino RC. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):644-50.
13. Magalhães JP, Lima FET, Robins KMC, Cardoso MVLMI, Scherlock MSM, Albuquerque NLS. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev RENE*. 2011;12(1):136-43.
14. Tames RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
15. Raad AJ, Cruz AMC, Nascimento MA. A realidade das mães matas em unidade de terapia neonatal. *Rev Psicol*. 2006;3(2):83-92.
16. Souza J, Silva LMS, Guimarães TA. Preparo para alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Pediatría*. 2008;30(4):217-27.
17. Santos MCL, Moraes GA, Vasconcelos MGL, Araújo EC. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Rev Enferm UPPE*. 2007;1(2):140-9.
18. Karst EJ. *Musico-terapia com mães de recém-nascidos internados em UTI neonatal* [monografia na Internet]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2004. [acesso em 26 ago. 2011]. Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas. Disponível em: http://www.sgm.com.br/musico-terapiamaterofineonatal_luna_karst.pdf.
19. Sales CA, Alves NH, Vrechi MR, Fernandes J. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(1):20-4.
20. Alves VH, Costa SF, Vieira BEG. A permanência da família em unidade de terapia intensiva neonatal: impasse coletivo dos enfermeiros. *Ciência Cuidado Saúde*. 2009;8(2):250-6.
21. Lohmann PM. O ambiente de cuidado em UTI neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde [dissertação]. Lajes: Centro Universitário Univeres; 2011.
22. Montanholi LL. A atuação do enfermeiro na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

Anexo III – Artigo “Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia”.

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia

Difficulties of parents with infants admitted in Unit Neonatology

Dificultades de los padres con niños ingresados en una Unidad de Neonatología

Zusana Matos Diaz*: Susana Margarida Gonçalves Caires Fernandes**: Susana Correia***

Resumo

Enquadramento: Os pais com bebés internados na Unidade de Neonatologia (UN) sentem dificuldades e os profissionais de saúde têm conhecimento das mesmas, uma vez que são observadas por estas e partilhadas pelos pais.

Objetivos: Conhecer as vivências dos pais com bebés internados na UN.

Metodologia: Estudo exploratório, baseado em entrevistas semiestruturadas, durante as quais se procurou identificar as suas dificuldades (n=20).

Resultados: Dificuldades de separação do bebé, elevado desgaste físico e psicológico, gerado pelas emoções associadas à gravidade da situação e gestão das inúmeras solicitações a que os pais estão sujeitos ao longo do internamento. Dificuldades financeiras, em lidar com o ambiente e procedimentos da UN (vulnerabilidade do bebé, aparato tecnológico, monitorização constante) e em cuidar do bebé sem ajuda dos profissionais quando vão para casa.

Conclusão: A identificação das dificuldades serve não meramente o propósito de intervir diretamente junto dos pais, visando a sua superação, mas também o alargar de estratégias para fazer face à condição clínica do bebé, ao tratamento e hospitalização e/ou ao sofrimento presente.

Palavras-chave: neonatologia; pais; recém-nascido.

Abstract

Theoretical framework: Parents with babies admitted to the Neonatology Unit (NU) experience difficulties and health professionals have knowledge of them, as observed by them and shared by parents.

Objectives: To understand the experiences of parents with babies admitted to the NU.

Methodology: An exploratory study, based on semi-structured interviews, during which we tried to identify their difficulties (n = 20).

Results: Difficulties in separating of the baby, high physical and psychological stress, generated by the emotions associated with the severity of the condition and management of numerous requests that parents are subjected throughout the hospital. Financial difficulties in dealing with the environment and procedures of the NU (vulnerability of the baby, technological apparatus, constant monitoring) and take care of the baby without help from professionals when they go home.

Conclusion: The identification of difficulties not only serves the purpose to intervene directly with the parents, seeking their resilience, but also extend the strategies to cope with the clinical condition of the baby, its treatment and hospitalization and/or present suffering.

Keywords: neonatology; parents; newborn.

* Dra. Ciências da Infância, Universidade de Aveiro, Itália, Ciências da Saúde, especialidade em Intervenção Precoce, Doutoranda em Saúde da Criança, Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 4704-002, Aveiro, Portugal. Integra a equipa de Projeto de Investigação "Ter e não ter: a mãe e o filho" (jussana.matos@ua.pt), licença para correspondência: Rua de Toledo n.º104, 1.º, Apartado 1720-021 Semurães, Açores, Portugal.

** Dra. Ciências, especialidade em Psicologia da Educação, Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Educação e Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 4704-002, Aveiro, Portugal. Coordenadora científica, no âmbito da Psicologia, do Projeto de Investigação "Ter e não ter: a mãe e o filho" (jussana.matos@ua.pt).

*** Dra. Psicologia, Universidade de Évora, Portugal. Aluna de Mestrado em Psicologia, especialidade em Psicologia da Educação, Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, 7004-510, Évora, Portugal. Integra a equipa de Projeto de Investigação "Ter e não ter: a mãe e o filho" (jussana.matos@ua.pt).

Resumen

Marco contextual: Los padres con bebés ingresados en la Unidad de Neonatología (UN) sienten dificultades, y los profesionales de la salud tienen conocimiento de ellas, según lo observado por estos y compartido por los padres.

Objetivos: Conocer las experiencias de los padres con bebés ingresados en la UN.

Metodología: estudio exploratorio, basado en entrevistas semiestructuradas, en las que se trató de identificar sus dificultades (n = 20).

Resultados: Dificultad en separarse del bebé, elevado desgaste físico y psicológico generado por las emociones asociadas con la gravedad de la situación y la gestión de las numerosas solicitudes a las que los padres están sujetos durante el período de internamiento; dificultades financieras en hacer frente al ambiente y a los procedimientos de la UN (vulnerabilidad del bebé, aparato tecnológico, monitorio constante) y en cuidar del bebé sin la ayuda de los profesionales cuando se van a casa.

Conclusión: La identificación de las dificultades no solo sirve para intervenir directamente con los padres con el fin de superarlas, sino también para ampliar las estrategias para hacer frente a la condición clínica del bebé, su tratamiento y hospitalización y/o sufrimiento presente.

Palabras clave: neonatología; padres; recién nacido.

Recebido para publicação em: 20.03.14
Aceite para publicação em: 05.05.14

Introdução

O nascimento de uma criança é considerado um dos acontecimentos mais importantes na vida dos pais e da família (Pires, 2008). É geralmente vivido como fonte de grande satisfação, pela realização pessoal que promove, pelo novo significado que atribui à vida dos pais e pela aproximação que pode causar nos membros do casal e da família em geral (Pires, 2008). Pode, no entanto, ser também uma fonte de stress, pelas exigências de prestação de cuidados, reorganização individual, conjugal, familiar e profissional que exige (Menezes & Lopes, 2007).

Quando a situação clínica do recém-nascido implica o seu internamento numa Unidade de Neonatologia (UN), o stress associado é bem mais expressivo, podendo as emoções sentidas ser intensamente dolorosas (Rocha et al., 2011). O internamento do bebé numa UN faz com que o processo de vinculação seja interrompido (Pedro, 2007), representando uma situação de mudança/crise importante para os pais, e que, segundo vários autores, adquire, com frequência, características absolutamente devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar (Amaral, 2009; Gomes, Trindade, & Fidalgo, 2009; Pedro, 2007; Rocha et al., 2011). Os pais têm de lidar com emoções complexas, passando a manifestar, muitas das vezes, sintomas de ansiedade e depressão (Miles et al., 2007; Pedro, 2007).

Enquadramento

Referindo-se ao casal e ao processo de *gravidar*, Pimentel (2007) alude o desejo de que o bebé seja perfeito e, simultaneamente, o receio de que possa vir a ter algum problema. O nascimento de um recém-nascido doente, ou de um prematuro muito pequeno e frágil, vem desfazer este sonho. Os pais passam, então, a estar perante um processo de luto em relação ao bebé idealizado, ao qual se associa uma panóplia de sentimentos e emoções: confusão, desespero, angústia, revolta, frustração, recusa da situação, dor, tristeza, medo da perda e a incerteza e preocupação em relação ao futuro do bebé (Gronitz, 2007; Lindberg, 2009; Pimentel, 2007). Até que os pais chegam à fase de aceitação da situação (Gronitz, 2007; Lindberg, 2009). Neste contexto, a adaptação dos pais pode ocorrer entre dois extremos de sentimentos. Num extremo,

o sentimento de culpabilidade, que se manifesta numa exclusividade de dedicação ao bebé, podendo conduzir a formas de interação menos adequadas com o resto da família. Num outro, acontece a rejeição do bebé (Pimentel, 2007).

Autores como Gronitz (2007) e Lindberg e Öhring (2008), referem que a perturbação e a labilidade emocional presentes nestes pais estão intimamente relacionadas com as suas crenças sobre a situação que estão a enfrentar, o que é um bebé de risco; os perigos que o ameaçam; e/ou as suas próprias competências para fazer face a uma situação tão nova e angustiante. O tipo de atuação dos primeiros serviços de apoio ao seu filho tem uma influência determinante ao nível do ajustamento emocional dos pais à situação e, também, na aceitação do próprio bebé (Gronitz, 2007).

Questões de investigação

Diversos estudos têm demonstrado a importância de conhecer as dificuldades dos pais durante o internamento do seu bebé numa UN (Gomes et al., 2009; Lindberg, 2009; Pedro, 2007; Shields, Young, & McCann, 2008; Soares, Santos, & Gasparino, 2010). Crê-se que a sua exploração permite, não só, compreender melhor o comportamento dos pais e agir em consonância, mas também, desenhar respostas de intervenção que melhor garantam a qualidade e humanização da assistência oferecida aos recém-nascidos e suas famílias (Lindberg, 2009; Pedro, 2007; Soares et al., 2010). No contexto desta intervenção, a promoção dos recursos pessoais destes pais, a ampliação do seu leque de estratégias para fazer face à doença do bebé, ao seu diagnóstico, tratamento e hospitalização, bem como ao sofrimento presente emergem como nucleares (Tamez, 2009).

No âmbito da literatura na área destaca-se a exploração daquelas que são as dificuldades dos pais. Alguns dos estudos empíricos apontam a falta de informação (ou a sua não compreensão), relativamente ao atual estado de saúde do bebé e suas implicações ao nível da sobrevivência e/ou desenvolvimento futuro, como frequente entre o leque de dificuldades destes pais (Soares et al., 2010). À estas poderão associar-se as dificuldades em processar a informação que lhes é transmitida oralmente no momento do internamento do bebé, dadas as inúmeras e intensas emoções presentes (Lindberg, 2009; Tamez, 2009), ou, por

exemplo, a linguagem excessivamente técnica (inacessível aos pais) utilizada pelos profissionais de saúde (Shields et al., 2008).

No que concerne ao contacto com o bebé, as dificuldades podem emergir em aspetos como o olhar para aquele ser com uma aparência tão estranha e vulnerável, frequentemente rodeado de aparelhos e de instrumentos ameaçadores (Rocha et al., 2011) ou em reconhecer e ler os sinais do bebé (Miles et al., 2007).

À nível das dificuldades emocionais, prevalecem fortes sentimentos de ansiedade, sobretudo suscitados nos primeiros tempos de vida do bebé, pelo medo e preocupação com a sua sobrevivência; pela incerteza em relação ao tempo de permanência nos cuidados intensivos e/ou sobre quais as intervenções médicas necessárias (Lindberg & Öhrling, 2008; Miles et al., 2007). Posteriormente, os sentimentos de ansiedade surgem associados aos receios com a saúde e desenvolvimento do bebé, à imaturidade do seu crescimento, assim como com a autoavaliação de falta de competência para tratar e educar um filho *mais difícil* (Pedro, 2007; Valente & Seabra-Santos, 2011). Em relação à mãe, ao anterior quadro de dificuldades acresce o cansaço e a dor decorrentes de um parto por vezes traumático, e, algumas dificuldades em descansar e em se alimentar (Amarel, 2009; Lindberg & Öhrling, 2008).

No que se refere à expressão emocional, várias dificuldades poderão, também, emergir. Segundo Lindberg (2009), estes pais têm receio de verbalizar o que sentem, uma vez que temem que os seus medos se tornem mais reais.

Importa ter em consideração que o principal objetivo deste estudo foi identificar as dificuldades dos pais de bebés internados na UN de um hospital português, para depois poder sugerir algumas linhas de orientação/intervenção ao nível da intervenção Precoce, nas várias etapas do processo: no momento do internamento, ao longo do mesmo e em relação ao futuro (quando da alta, e a médio e longo-prazo).

Metodologia

O presente estudo contou com a participação de 20 pais/mães (ou casais) cujo(s) bebé(s) se encontrava(m) internado(s) na UN de um hospital do Norte de Portugal. De entre estes, 12 são mães e 8 são

pais, 12 dos quais são casais. Apresentam uma média de idades de 32 anos, onde o mais novo tem 22 anos e o mais velho 41 anos de idade. Cerca de 1/3 destes pais (35%) tem habilitações ao nível do 12.º ano de escolaridade e apenas 15% tem nível superior. A sua área profissional é muito variada, concentrando-se em 45% dos casos na área da indústria, construção e artífices. A grande maioria (80%) encontrava-se empregada e a trabalhar a tempo integral no momento em que o estudo foi realizado. No que se refere à sua situação familiar, 85% dos pais entrevistados são casados; para 60% este bebé é o primeiro filho, tendo outros 35% dois filhos.

Os 20 participantes foram integrados no estudo de acordo com o método de amostragem por conveniência. Como critério de inclusão assumiram-se os pais/mães que tinham um (ou dois) filho(s) internado(a/s) na UN.

A recolha de dados foi realizada com base em entrevistas semiestruturadas com um guião contendo um total de nove perguntas. Cada entrevista teve uma duração aproximada de 30 minutos. Tratando-se de um estudo exploratório, julgou-se ser esta a metodologia de recolha de dados mais adequada. Pretendeu-se, ao longo da entrevista, auscultar os pais relativamente às dificuldades, preocupações e necessidades experienciadas, contudo neste artigo apenas partilharemos os resultados das dificuldades encontradas. Ao iniciar a exploração das suas vivências procedeu-se à clarificação do significado que, no âmbito do estudo, assumia cada uma das dimensões exploradas. Assim, assumiram-se como dificuldades os obstáculos, impedimentos ou contrariedades - de natureza física, material, relacional ou emocional, percebidos por estes pais/mães (ou casais), e que poderão acarretar algum sofrimento, desconforto e/ou preocupações acrescidas.

O estudo foi, numa primeira etapa, submetido ao escrutínio da comissão de ética do hospital público onde iria ter lugar. Uma vez autorizado, o acesso aos participantes foi realizado através do(s) enfermeiro(s) chefe de turno ou através da chefe da UN. Junto destas figuras de ligação foi previamente avaliada a disponibilidade (física e emocional) dos pais que no momento da recolha tinham o seu bebé internado na UN.

Cada entrevista foi realizada no local indicado pela chefe de serviço, o qual reuniu sempre condições que asseguraram a privacidade dos participantes e a não

interrupção do processo de recolha de dados. Junto de cada participante foram previamente clarificados os objetivos do estudo e o seu caráter confidencial e voluntário. As entrevistas foram todas gravadas, mediante assinatura prévia de um consentimento informado. A recolha de dados foi realizada individualmente.

Durante o processo de recolha de dados, os devidos cuidados foram assegurados, no sentido de respeitar as normas hospitalares e as diretrizes dadas pela equipa de saúde.

Após a realização das entrevistas procedeu-se à sua transcrição, seguida da análise do seu conteúdo. A par de uma análise de caráter qualitativo, procedeu-se a uma abordagem quantitativa dos resultados, através da categorização das respostas e registo da sua frequência. Dada a natureza dos dados recolhidos, a análise fez-se com recurso exclusivo à estatística descritiva (SPSS, versão 19.0 para Windows).

Resultados

Dificuldades identificadas pelos pais

De entre os resultados obtidos destacam-se:

Dificuldades financeiras - seis pais (30%) referiram dificuldades em fazer face às despesas inerentes à hospitalização do seu bebé: combustível, portagens, parque de estacionamento, alimentação e multas de estacionamento. No que se refere ao futuro, algumas das dificuldades antecipadas surgiram associadas ao pagamento de terapias de reabilitação.

Dificuldades na gestão da vida profissional - quatro pais (20%) salientaram dificuldades na gestão da sua vida profissional, decorrentes do facto de o nascimento do bebé ter ocorrido antes do tempo esperado, tendo este implicado o ter de deixar o trabalho de um momento para o outro, de ter de o deixar a meio, o que acontece mais frequentemente com as mães. No caso específico dos pais (figura masculina), as dificuldades prendiam-se com o fim da licença de paternidade e o regresso ao trabalho, antecipando uma maior exigência em termos de desempenho de papéis, conciliação de horários e rotinas nos dois (ou três) contextos de vida: hospital/ local de trabalho/casa.

Dificuldades em gerir a vida familiar - abarcando três subcategorias de resposta: (i) gestão das tarefas domésticas; (ii) assistência ao(s) outro(s) filho(s); e

(iii) tempo para o resto da família (e amigos). No que se refere às lides domésticas, as dificuldades foram apontadas por quatro pais (20%), dado o muito tempo passado no hospital. Relativamente à assistência a dar ao(s) outro(s) filho(s), três pais (15%) referiram a falta de tempo para os acompanhar devidamente, confrontando-se com o dilema de querer estar o máximo de tempo possível com o bebé internado na UN mas, ao mesmo tempo, não querer negligenciar as necessidades do(s) filho(s) mais velho(s). Por último, um dos pais (5%) identificou dificuldades em estar com familiares e amigos, devido à falta de tempo e à necessidade acrescida de descansar após regressar do hospital.

Dificuldades de comunicação com a equipa de saúde - nove dos pais entrevistados (45%) salientaram as suas dificuldades de comunicação com a equipa de saúde, distribuindo-se estas por quatro subcategorias distintas: (i) pouca disponibilidade dos médicos para conversarem com os pais (n=2); (ii) dificuldade em compreender a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde (n=3); (iii) ausência/ insuficiência ou atraso da informação veiculada (n=2); e, (iv) incongruência da informação veiculada (n=2). No que diz respeito aos *tempos* ou quantidade da informação veiculada, dois pais salientaram as dificuldades sentidas em resultado da ausência de informação relativamente à situação do bebé ou da sua companheira. No que se refere à qualidade da informação veiculada, as dificuldades evocadas prenderam-se com a complexidade da linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, tornando-se, para os pais, de difícil compreensão, bem como na sua transmissão a outrem. Dois outros pais salientaram os profissionais de saúde como sendo pouco comunicativos ou pouco na informação veiculada, sendo esta percebida como insuficiente para dar resposta às suas necessidades. Em igual número (n=2) foram referidas as dificuldades associadas a algum *desencontro* de informação, essencialmente decorrente do facto do bebé ser acompanhado por vários profissionais e de nem sempre a informação por estes veiculada ser coerente entre si.

Falta de descanso - oito dos pais entrevistados (40%) referiram sentir dificuldades em repousar (dos quais cinco são mães), em consequência do ruído existente nas enfermarias de obstetrícia, quando do internamento nos primeiros dias após o parto. As mesmas dificuldades foram referidas por outros

pais que já se encontravam em casa: pensar no bebé internado na UN, nas rotinas que deviam estar a acontecer e se o bebé estava bem. Aproximadamente 1/3 dos pais entrevistados (35%) referiu o cansaço como uma dificuldade, em muito devido à necessidade de respeitar as normas/horários da UN e à vontade de participar nas rotinas dos bebés de três em três horas. As mães terem de acordar de noite para tirar o leite e o cansaço advindo das deslocações casa-hospital e hospital-casa, são outros motivos identificados como estando na origem do cansaço experienciado.

Internamento da mãe na obstetrícia - um quarto do grupo de pais (25%) referiu as dificuldades associadas à permanência da mãe na obstetrícia, já depois do bebé ser internado na UN. Para estes (pais e mães), o facto de as mães terem de ficar perto de outras mães que têm os seus filhos junto de si, é vivenciado com grande dificuldade.

Separação do bebé - quase metade dos pais (n=9, 45%) referiram as dificuldades inerentes à separação física do bebé, quer nos casos em que este está internado na UN e a mãe na obstetrícia, quer naqueles em que a mãe tem alta e o bebé permanece internado. Refiram-se, também, casos em que já depois de ambos terem tido alta, os bebés tiveram de ser internados na UN e os pais regressaram a casa sem os seus filhos.

Confronto com realidade inesperada - foi evocado por 40% dos pais (n=8). De entre estes, três referiram não estarem preparados para o que lá acontecer, enquanto que outros três pais atribuíram estas dificuldades ao facto de não estarem psicologicamente preparados (dado o carácter imprevisível da situação), para ver o seu filho internado numa UN, e, nalguns casos, implicando uma situação de risco de vida e/ou a monitorização contínua dos seus sinais vitais. Dois dos pais mencionaram, também, que as dificuldades em se confrontar com esta nova realidade se devia ao facto de terem outros planos/expectativas, designadamente em relação ao tipo de parto ou à alimentação do bebé (desejo de amamentar logo desde o início), que acabaram por ser gozados pela acentuada vulnerabilidade do bebé. Para outros pais, o gerar dos planos pré-natais traduziu-se no adiar do regresso a casa e da integração do novo membro da família nos espaços (e relações - e.g. irmãos) que o aguardavam.

Lidar com a possibilidade de perder o filho - evocadas por cinco destes pais (25%). O medo de perder o bebé, a incerteza do prognóstico, e a angústia da

possibilidade desta fase de maior vulnerabilidade não ser superada, fez parte do seu repertório de dificuldades.

Adaptação ao ambiente de uma UN - mencionadas por 35% dos pais, (n=7); para três destes pais estas decorreram do aspeto frágil, vulnerável e dependente (dos aparelhos) dos bebés internados na UN, em particular o seu filho. A adaptação às rotinas, regras e/ou procedimentos da UN (e.g. ter de utilizar batas, lavar as mãos, só poderem entrar os pais para visitar) foram também referidas. Os alarmes que tocam, o receio de mexer no bebé e de puxar uma sonda ou um fio; ver os enfermeiros a dar um injeção ao bebé, são todos eles exemplos de situações geradoras de dificuldades entre os pais, essencialmente decorrentes da perceção de que, porventura o bebé está a sofrer e/ou se encontra numa situação de grande risco. Por último, de entre as dificuldades na adaptação ao ambiente da UN, dois pais fizeram alusão às regras da UN, mais concretamente a proibição das visitas dos avós/familiares.

Dificuldade em lidar com os lentos progressos do bebé - foi, também, evocada por um dos pais entrevistados.

Dificuldades emocionais - na esfera emocional, as dificuldades (80% dos pais, n=16) reportaram-se, em oito dos casos (40%), à gestão da multiplicidade e intensidade das emoções emergidas. Ansiedade e angústia, por exemplo, em relação ao diagnóstico; preocupação em relação ao bem-estar - atual e futuro - do seu filho; medo da perda ou da recida do bebé ilustram o turbilhão de emoções presentes quer aquando do internamento do bebé, quer em vários outros momentos do seu processo de internamento. Nos casos em que o bebé está doente e o seu estado de saúde ainda não está estável, a ansiedade entre os pais é, segundo eles, vivida de forma particularmente intensa. Casos em que o bebé tem alta e depois tem de ir para os cuidados intensivos é também uma dificuldade bem expressiva entre estes pais. Alguma solidão e/ou isolamento associados a este processo, pela falta de interlocutores (entre os quais o seu próprio/a companheiro/a, a quem tentam poupar o mais possível) ou pela dificuldade em falar abertamente sobre o assunto e/ou em gerir as emoções e pressões despoletadas por este processo foi, também, evocada por três pais. Dois pais evocaram as suas dificuldades no contacto com outras pessoas, de entre as quais a família e amigos, dada a pressão emocional gerada

por estes ao quererem saber novidades mesmo quando elas não existem. Cinco destes pais (25%) salientaram algumas dificuldades em aceitar esta nova realidade. De entre estes, três evocaram dificuldades relativamente ao processamento cognitivo das informações veiculadas pelos profissionais de saúde, devido ao bloqueio despoletado pelo confronto com o problema de saúde do bebé, nestes casos inesperado. Duas mães salientaram alguns sentimentos de culpa associados aos atuais problemas de saúde do bebé, em consequência daqueles que estas assumiam como podendo ter sido comportamentos nocivos para a sua saúde e desenvolvimento intrauterino.

Dificuldades logísticas - oito pais (40%) salientaram-nas - (i) em três deles decorrentes das deslocações diárias casa-hospital-casa, em particular nos casos em que viviam mais longe do hospital e/ou a necessidade de, por vezes, para evitar de pagar estacionamento, fazer grandes distâncias a pé; (ii) quatro relacionadas com o acesso à UN (e.g. mais limitado aos fins de semana e feriados) e, por fim, (iii) um pai aludindo dificuldades em tratar de forma celeridade dos documentos relacionados com a baixa médica da mãe e da sua licença parental na Segurança Social.

Relacionadas com as visitas de familiares - um dos pais referiu a gestão das visitas nos primeiros tempos, em consequência da necessidade de evitar riscos de infeção para o bebé. Para dois pais, a expectativa e pressões da família mais alargada para conhecer o novo membro era antecipada como geradora de dificuldades adicionais.

Relacionadas com os cuidados do bebé - no regresso a casa três pais anteciparam a dificuldade em assumir autonomamente estas funções pelos seguintes motivos: medo de uma recaída; ausência da ajuda dos profissionais de saúde e dos aparelhos de monitorização dos sinais vitais do bebé, e/ou a ausência de informação imediata em resposta a dúvidas que pudessem emergir na prestação dos cuidados. alguma insegurança ou sentido de incompetência para cuidar do bebé foram, também, antecipados por dois pais.

Discussão

O início de vida de um bebé num ambiente tão artificial e estranho quanto é uma UN, é difícil e problemático para todos os parceiros envolvidos, designadamente

para os pais, que ao longo de todo o processo experienciam um conjunto de dificuldades que, na senda de outros investimentos nesta área (Amaral, 2009; Gomes et al., 2009; Lindberg, 2009; Pedro, 2007; Soares et al., 2010), o presente estudo tornou evidentes. Tal como foi possível constatar através dos testemunhos dos pais entrevistados, os quais foram depois sistematizados e categorizados, e da revisão da literatura na área, o internamento de um bebé numa UN pode ter significativas repercussões não só no seu desenvolvimento e bem-estar, mas também na autoconfiança destes pais e na sua capacidade para assumirem o papel parental. Pode igualmente constituir um risco para as relações de vinculação pais-bebé, para a saúde mental dos pais e/ou para a dinâmica familiar (Menezes & Lopes, 2007; Pai et al., 2008; Pedro, 2007; Valente & Seabra-Santos, 2011). Em causa estão, pois, não só a qualidade das vivências (muito intensas, dolorosas e, por vezes, demolidoras) associadas a uma etapa específica da vida destes pais - o internamento do seu bebé numa UN - mas, também, a qualidade das relações de vinculação estabelecidas, da parentalidade vivida, do desenvolvimento, bem-estar (físico e psicológico) e percurso de vida destas crianças e de cada um dos membros da sua família nuclear a curto, médio e longo prazo.

Faça ao cenário (empírico e teórico) retratado ao longo deste trabalho, parece-nos inquestionável a premência de intervenções complementares de apoio a estes pais e famílias, sustentadas num mapeamento prévio das suas dificuldades mais prementes e a edificação de respostas consonantes. A sua identificação, quer através dos pais, quer dos profissionais de saúde que acompanham de perto estes processos, serve não meramente o propósito de intervir diretamente junto dos pais, visando a sua superação: através da promoção dos seus recursos pessoais, do desenvolvimento de atitudes positivas, de uma maior autonomia e autoconfiança para assumir a responsabilidade dos cuidados do bebé (que em breve estará inteiramente ao seu cuidado), e, também, do alargamento de estratégias para fazer face à condição clínica do bebé, seu tratamento e hospitalização e/ou ao sofrimento presente (Gronitz, 2007; Pedro, 2007). A busca conjunta de respostas adaptativas (partindo dos atributos e recursos da própria família); a modificação dos significados associados à situação vivida, ou a potenciação do papel destes pais enquanto facilitadores dos processos inerentes ao

próprio filho emergem como centrais neste processo (Gronita et al., 2008; Mendes & Martins, 2012; Pedro, 2007). Neste, a figura do profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, que lida de perto com estes pais e a qualidade da comunicação estabelecida entre ambos assumem-se como essenciais (Amaral, 2009; Baltazar, Gomes, & Cardoso, 2010; Mendes & Martins, 2012), não só durante o internamento na UN mas, também, em etapas posteriores, e com um impacto que perdura no tempo (Gronita et al., 2008). Posto isto, no quadro dos cuidados centrados na família, e procurando cobrir as diferentes etapas do processo de internamento do bebé na UN (antes do parto, durante o parto, pós-parto, momento do internamento do bebé na UN, durante o internamento, preparação do momento da alta) sugere-se como prioritária, a criação de momentos de diálogo e esclarecimento atempado junto dos pais em torno do que está a ocorrer, cuidado esse que deverá estar presente desde a gravidez até ao momento da alta hospitalar (Pedro, 2007; Pimentel, 2007). Nos casos de gravidez de risco, por exemplo, em que se antecipa a possibilidade do nascimento do bebé ocorrer antes do tempo, ou de nascer com algum tipo de problema que exija o seu internamento numa UN, esta parece-nos uma necessidade premente (Amaral, 2009; Pimentel, 2007). Levar os pais a conhecer a UN poderá ser uma medida a ponderar nalguns destes casos, visando-se com esta preparar os pais para o muito promissor cenário que irão experienciar, de forma direta, aquando do nascimento do(s) seu(s) filho(s) (Tamez, 2009). Informar os pais sobre a evolução do trabalho de parto poderá contribuir, igualmente, para o desenvolvimento da sua confiança e irá dar-lhes esperança, auxiliando também a reduzir o stress (Tamez, 2009). Os riscos desta abordagem deverão ser, no entanto, devidamente ponderados dada a maior angústia e ansiedade que poderá despoletar entre os pais.

Aquando do nascimento do bebé, e uma vez ocorrido o seu internamento na UN, atenção especial deverá ser dada à primeira visita dos pais. Nesta, assume-se como crucial a criação, pelos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, de um ambiente de segurança e acolhimento, que ajude os pais a sentirem-se bem-vindos e parte ativa da equipa que vai cuidar do seu bebé. Disponibilidade, empatia, serenidade e segurança na postura adotada enquadram-se no ambiente relacional a criar desde esta primeira visita,

no âmbito do qual se deverão também criar condições para o emergir do sentimento, pelos pais, de que os profissionais que acompanham o seu bebé estão a lutar pelo mesmo; estão a dar o seu melhor - mesmo que por vezes sem certezas absolutas - e, do lado dos pais (Pedro, 2007; Tamez, 2009).

Informação clara sobre o que está a ocorrer e sobre o plano de tratamento é também nuclear nesta etapa, trazendo alguma segurança adicional aos pais e/ou reduzindo o stress experienciado (Pedro, 2007). Sugere-se que tal informação (a mais importante) seja apresentada por escrito num pequeno livrinho que os pais possam levar consigo e consultar sempre que o desejem, bem como a sua transmissão de forma faseada e progressiva. Igual cuidado se deverá ter no sentido de criar condições para que esta possa ser repetida e explicada de diferentes formas aos pais, se assim solicitado pelos mesmos. Algumas destas medidas vão no sentido de, por um lado, colimatar a evidência de que nos primeiros dias os pais esquecem cerca de 90% da informação factual que recebem (Tamez, 2009), bem como a importância da real compreensão da mesma para a sua participação mais ativa nos cuidados do bebé, e para a agilização de estratégias de confronto mais adaptativas e ajustadas ao processo em curso (Pedro, 2007).

No contexto de um ambiente de confiança, segurança e proteção poderão igualmente ser facilitadas algumas experiências de partilha e ventilação emocional. O psicólogo assume aqui, naturalmente, um papel de relevo (Baltazar et al., 2010), mas, frequentemente, os enfermeiros - por estabelecerem uma relação muito próxima com alguns pais, ou porque a figura do psicólogo poderá não existir na instituição ou não se encontrar disponível -, poderão também surgir como uma importante figura de referência e suporte (Amaral, 2009). A organização de encontros com pais que vivenciaram uma situação semelhante poderá, também, ser relevante (Pedro, 2007). A troca de experiências entre estes pais contribui, entre outros, para destruir receios, esclarecer dúvidas, normalizar as suas vivências e, consequentemente, aumentar a segurança e melhorar a confiança (Tamez, 2009). Complementarmente, a criação de uma sala de pais que permita o convívio entre progenitores, onde, adicionalmente, seja possível expor testemunhos de bebés prematuros ou doentes, com fotografias de internamento, de aniversários e de diversas atividades da criança ao longo do seu crescimento, poderá

proporcionar a possibilidade dos pais conceberem um projeto de vida para o seu filho.

No que se refere à interação com o bebé, enquanto este ainda é muito pequeno e imaturo, e a sua manipulação é forçosamente restringida, os enfermeiros podem ajudar os pais a utilizar o tempo que passam na UN para conhecer o filho, aprendendo a interpretar os sinais de stress e os diferentes estados comportamentais; a conhecer as posições de contenção e consolo; a reforçar a descoberta das características únicas do filho, e dos pequenos progressos (quase invisíveis a um olhar mais distanciado) (Amaral, 2009; Pedro, 2007). Esta é, também, uma forma de promover a relação de vinculação entre os pais e o bebé, bem como incrementar alguma esperança e sentimento de competência entre os pais (Pedro, 2007; Pimentel, 2007). Quando o bebé já está mais estabilizado, os pais podem ser incentivados a descobrir como é que o filho reage à estimulação tátil; à voz dos pais (através das conversas ou de canções); como reage, por exemplo, quando embalado (Pimentel, 2007; Tames, 2009).

Para que, por ocasião da alta hospitalar, os pais estejam aptos a cuidar do seu filho em casa de maneira efectiva e segura, o planeamento e ensino dos cuidados devem ser delineados/desenvolvidos com antecedência (Tames, 2009). Sabendo-se que estes pais saem do hospital com um conjunto de significações mais ou menos realistas, rígido e aberto a nova informação e novas experiências, parece-nos do maior relevo trabalhar todas estas questões ainda antes do momento da alta. Aliás, vários autores recomendam que a preparação da alta seja iniciada já por ocasião da admissão (Amaral, 2009; Lindberg, 2009; Valente & Seabra-Santos, 2011). Assim, desde o princípio (ou assim que possível), deve ser facilitado e incentivado o envolvimento dos pais nos cuidados básicos do recém-nascido, de modo a que, o mais cedo possível, se sintam mais confiantes nas suas competências para cuidar do seu bebé e como parte integrante no processo de tratamento e sua recuperação (Pimentel, 2007). Pais que têm a oportunidade de interagir e de cuidar dos seus bebés na UN, estão melhor equipados para cuidar dos seus filhos após a alta, garantindo uma maior probabilidade de que a transição da UN para casa seja um sucesso (Lindberg, 2009; Pedro, 2007; Valente & Seabra-Santos, 2011).

Conclusão

Em consonância com o anteriormente referido, que sintetiza não só o que alguns autores nesta área postulam mas, também, aquela que julgamos ser a abordagem mais adequada (junto de (e com) famílias com bebés em situação de internamento numa UN, foi nosso objetivo deixar ficar algumas sugestões de intervenção. Estas não só compilam e sintetizam algumas das propostas de outros autores que têm vindo a debruçar-se sobre esta problemática (ao nível da investigação e da intervenção), mas, também, procuram ir ao encontro daquelas que foram as dificuldades identificadas entre o grupo de pais que participou neste estudo. Através do seu discurso/testemunho foi, pois, possível conhecer mais a fundo uma realidade que, pela sua riqueza, complexidade e intensidade, merece muita da nossa atenção e preocupação em divulgar e intervir.

Em resultado do investimento do estudo global - identificação das necessidades, dificuldades e preocupações dos pais - e a par das pistas de intervenção propostas, elaboramos, também, uma versão preliminar de um instrumento que procurou compilar as preocupações, dificuldades e necessidades que, de acordo com a revisão da literatura na área e os testemunhos recolhidos, nos pareceram ser representativas dos aspetos mais significativos do repertório experiencial destes pais: o *Questionário de preocupações, dificuldades e necessidades dos pais de bebés internados numa Unidade de Neonatologia*.

Esperamos de algum modo que o instrumento proposto, e ainda não sujeito a um processo de validação psicométrica, possa contribuir não só para o mapeamento de algumas das vivências que mais fragilizam estes pais, mas, também, para o desenhar de respostas adequadas. Espera-se que este possa também funcionar como um modo preliminar de intervenção junto destes pais.

Este estudo apresenta algumas limitações e constrangimentos, que se prendem com a recolha de dados. Cedo percebemos que entrevistar os pais/mães em conjunto poderia levar a alguma constrição na partilha de experiências ou um dos pais deixar de partilhar porque o seu companheiro(a) já tinha dado a sua opinião. No que diz respeito aos profissionais de saúde, oito foram entrevistados em simultâneo, devido à dificuldade em concertar disponibilidades

e de forma a não perturbar o funcionamento da UN. Por último, apesar dos participantes constituírem um número considerável, tivemos de ter em consideração que não entrevistámos um igual número de mães/pais (mais mães do que pais), nem de médicos/enfermeiros (mais enfermeiros do que médicos). Tal disparidade fez com que analisássemos de forma ainda mais cuidadosa os dados recolhidos.

Referências bibliográficas

- Amaral, M. (2007). *Percursos de cuidados entre enfermeiros e pais de recém-nascidos prematuros internados: A visão dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.bham.ac.uk/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Farcaria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiros%20e%20pais%20de%20recem-nascidos%20prematuros%20internados.pdf>
- Baltazar, D., Gomes, R., & Cardoso, T. (2010). Acção do psicólogo em unidade neonatal: Construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 1-18.
- Gomes, C., Trindade, G., & Fidalgo, J. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 105-116.
- Genista, J. (2007). *O aleitamento da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Genista, J., Pinheiro, J. S., Matos, C., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2008). *Boas práticas na intervenção precoce - os nossos filhos são... diferentes: Como podem os pais lidar com uma criança com deficiência*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lindberg, B. (2009). *When the baby is premature: Experiences of parenthood and getting support via videoconferencing* (Tese de doutoramento não publicada). Luleå University of Technology, Sweden.
- Lindberg, B., & Ohlberg, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(5), 461-471.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). *Percursos nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 113-121.
- Meneses, C., & Lopes, R. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até ao nascimento do bebé. *PsicoUSF*, 12(1), 83-93. doi: 10.12707/PSI11144
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36-44. doi: 10.1097/01.DBP.0000157517.52459.7a
- Pal, S., Maguire, C. M., Le Cessie, S., Van, S., Wit, J. M., Walther, F., & Bruil, J. (2008). Parental stress and child behavior and temperament in the first year after the newborn individualized developmental care and assessment program. *Journal of Early Intervention*, 30(2), 100-115. doi: 10.1177/1053426907315485
- Podro, S. I. F. (2007). *Envolvimento parental numa UCN: Necessidades emergentes* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/771>
- Pinheiro, J. (2007). *Um bebé diferente: Da individualidade da intervenção à especificidade da intervenção*. Lisboa, Portugal: Secretariado para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pires, A. S. R. (2008). *Estudo da conjugividade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da alimção parental* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/820>
- Rocha, G., Candeias, I., Santos, M., Maia, T., Guimarães, H., & Viana, V. (2011). Stress e satisfação das mães em cuidados intensivos neonatais. *Acta Médica Portuguesa*, 26(7), 157-166.
- Shields, L., Young, J., & McCann, D. (2008). The needs of parents of hospitalized children in Australia. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 60-75. doi: 10.1177/1367483507308569
- Soares, I., Santos, R., & Gasparino, R. (2010). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 19(6), 644-650. doi: 10.1590/S0034-07072010000400006
- Tamaz, R. (2009). *Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Valente, A., & Sanches-Santos, M. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: Impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Médica Portuguesa*, 26(7), 1-7.

Anexo IV – Artigo “A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos
Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro”.

A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro

The Emotionality to Care Premature Infants and Their Parents: A competence of nurses

ANA FERNANDES

Enfermeira Especialista, Centro Hospitalar Barreiro, RN

DORA TOLEDO

Enfermeira Especialista, Centro Hospitalar Barreiro, RN

LIUANA CAMPOS

Enfermeira Especialista, Centro Hospitalar Barreiro, RN

JOSÉ MANUEL DA SILVA VILELAS

Professor Coordenador, ESECV, PhD, MSc, RN

Tornar-se pais de um bebé prematuro, apesar dos desafios únicos que se coloca, representa também uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento das competências parentais. Todavia, este momento é repleto de intensas emoções, muitas vezes confusas e de difícil gestão pelas próprias e pelos profissionais de enfermagem. Assim, com este artigo pretendemos compreender a forma como os enfermeiros gerem as emoções na interação RN/pais em contexto de prematuridade. Foram consultadas as bases de dados CINAHL, MEDLINE, Scielo e Google Académico, num intervalo de tempo de Março de 2003, a Março de 2013, usando a equação de pesquisa: [(Prematur* OR Low birth weight) AND (Nurs*) AND (Emor*)], em inglês e português. As emoções mais frequentemente identificadas pelos pais de prematuros foram angústia, sofrimento, insegurança, ansiedade, medo, stress, irritação, culpabilização materna, sensação de insignificância, raiva e depressão. Das intervenções de enfermagem, que permitem a gestão dos sentimentos/emoções, destacam-se a importância das cuidados centrados na família como impulsionar o desenvolvimento de competência parental, vinculação e a comunicação eficaz. Reforça-se a importância da gestão emocional no ato de cuidar de prematuros e seus pais. Deverão ser desenvolvidos mais estudos sobre a temática, na centela de melhor compreender e dar visibilidade à emocionalidade no ato de cuidar na enfermagem pediátrica.

Palavras-chave: Emoções; prematuridade; enfermagem

Becoming the parents of a premature baby, despite the unique challenges faced, also represents an opportunity for the growth and development of parenting skills. However, this moment is filled with intense emotions, which are often confusing and difficult for both parents and nursing to manage. Thus, in this article we intend to understand how nurses manage emotions when interacting with newborns and parents in the context of prematurity. The CINAHL, MEDLINE, Scielo and Google Scholar databases were searched between March 2003 and March 2013, using the search expression: [(Prematur* OR Low birth weight) AND (Nurs*) AND (Emor*)], in English and Portuguese. The emotions most frequently identified by parents of premature infants

were anguish, suffering, insecurity, anxiety, fear, stress, sadness, maternal guilt, feelings of insignificance, anger and depression. Of nursing interventions that enable the management of feelings/emotions, we highlight the importance of family-centred care as a driver of the development of parental competence, bonding, and effective communication. It reinforces the importance of emotional management in the care of premature infants and their parents. More studies should be developed on the subject, in order to better understand and give visibility to emotionality in care in paediatric nursing.

Keywords: Emotions; prematurity; nursing

INTRODUÇÃO

A incidência do parto pré-termo é de cerca de 12% em todo o mundo. Em Portugal, tem aumentado de forma consistente, de 5,7 prematuros por 100 nados-vivos em 2001, para 8,8 em 2009. Deste modo constata-se que a problemática da prematuridade tem vindo a aumentar nos últimos anos e como tal, cabe aos enfermeiros estarem atentos e atuar de modo a garantir cuidados de enfermagem de qualidade à “triade prematura” (Machado, 2011).

A preparação do nascimento de um filho é um momento único de alegria e emoção na vida de um casal. A notícia de que o filho idealizado nasceu prematuro é um choque devastador para a família (Hoffenkanp, et al, 2012). Por esse motivo, o envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, é fulcral no processo de desenvolvimento do recém-nascido (RN) prematuro e é função do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade. Este é um momento que despoleta nos pais e na equipa multidisciplinar um misto de emoções, que necessitam de um ponto de equilíbrio para que se possa promover um cuidar adequado, quer para os pais, quer para o prematuro (Shah, Clements e Poehlmann, 2011).

As emoções estão inerentes à essência da pessoa, podem ser emoções positivas ou negativas, perturbadoras ou gratificantes e são geradas por um evento onde cada pessoa reage de maneira única tendo em contas a existência ou não de experiências anteriores. As emoções são consideradas como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá sentido e impulso aos nossos atos e o que nos conecta aos outros, ao mundo e a nós próprios. A teoria do cuidar de Watson enaltece o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro, onde há partilha de emoções através dos sentidos, e deste modo os sentimentos são transmitidos (Diogo, 2012).

A ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas. Nesta lógica, se todo o cuidado tem subjacente uma relação interpessoal e intersubjetiva, e se nesta relação está omnipresente a experiência das emoções, o cuidado é também um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos e, desta forma se justifica que a neutralidade emocional não faz parte da prática de cuidados de Enfermagem (Diogo, 2012).

É verdade que o uso habitual da palavra emoção tende a incluir a noção de sentimento. Mas na tentativa de compreender a cadeia complexa de acontecimentos que começa na emoção e termina no sentimento, separar a parte do processo que se torna

pública da parte do processo que sempre se mantém privada ajuda clarificar as ideias (Damásio, 2012). Assim as emoções são reações psicofisiológicas, que representam modos eficazes de adaptação face às mudanças ambientais, contextuais e/ou situacionais.

As emoções são conhecidas por serem relacionadas com a atividade cerebral em áreas relacionadas com a atenção, motivação do comportamento, e determina o que é relevante para os seres humanos. Uma emoção propriamente dita é uma série de respostas químicas e neurais que formam um padrão diferente (Damásio, 2000).

Quanto aos sentimentos são informações que os seres biológicos podem sentir nas diferentes situações que vivenciam. Por exemplo, o medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses relacionados. Desta forma os sentimentos são ações decorrentes de uma decisão.

Em síntese, podemos afirmar que as emoções são um conjunto de todas as respostas motoras que o cérebro provoca no corpo em resposta a um evento. Enquanto que o sentimento é a forma como a mente vai interpretar todas essas respostas (Damásio, 2012). Por outro lado, os sentimentos são duradouros e fáceis de ocultar. Já as emoções espontâneas têm uma parte corporal (agitação, sudorese...) (Bock, 2002; Freitas-Magalhães, 2007).

O que distingue essencialmente o sentimento, das emoções é que o primeiro é orientado para o exterior, e o segundo é eminentemente exterior. Isto significa dizer que os sentimentos e as emoções estão interligadas e fazem parte da nossa vida, regulando o nosso estado interior na procura da homeostase (Damásio, 2012).

Outro conceito relacionado com a emoção que surgiu foi o de trabalho emocional (*"emotional labour"*) descrito pela primeira vez por Hochschild em 1983, mas foi com Pam Smith que este conceito foi aplicado à enfermagem. Assim, o trabalho emocional requer uma resposta individualizada e treinada na gestão das emoções dos utentes em contexto de hospitalização (Gray e Smith, 2009) e define-se como um processo de adoção de uma identidade de trabalho através da qual os enfermeiros revelam a sua autonomia com a expressão de emoções nos relacionamentos interpessoais (Vilelas, 2013). O trabalho emocional envolvido no cuidar pode potenciar emoções, nos enfermeiros, como tristeza, desânimo, depressão, pena, compaixão, mágoa, medo, ansiedade, preocupação, surpresa, culpa, impotência, revolta, injustiça, angústia, desgaste, mas também sentimentos como alegria, contentamento, aumento da satisfação profissional e das relações interpessoais, alívio e realização pessoal (Vilelas, 2013; Diogo, 2006).

Assim, podemos inferir que o ato de cuidar implica o envolvimento de emoções e que essas vão promover novos sentimentos nos seus recetores estabelecendo-se uma relação que se prevê terapêutica. A criação de uma relação entre enfermeiro e utente é fundamental para o cuidar transpessoal, cabendo a essa relação de confiança promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos tanto da parte do utente como da parte dos enfermeiros, desenvolvendo-se facilmente uma coesão interdisciplinar (James et al, 2010; Tomey e Allgood, 2004).

A intensidade da experiência emocional é influenciada por alguns fatores e o cuidar de um RN prematuro e seus pais/família é considerado um fator que requer um envolvimento emocional marcante por parte de todos os intervenientes. Desta forma, RN prematuro caracteriza-se por todo aquele que nasce com idade gestacional inferior a trinta e sete semanas. A prematuridade é por si só um fator de stress para os pais, visto

ser uma experiência muito emocionante mas também muito exigente onde situações como malformações congénitas, alterações de neurodesenvolvimento, debilidade dos reflexos de sucção e deglutição, instabilidade térmica, alterações respiratórias ou mesmo infeções que podem levar à morte do RN, são uma realidade (Hoffenkanp et al, 2012; Shah, Clements e Poehlmann, 2011; McCormick, 2004; Leone e Tronchin, 2001).

Tendo em conta o contexto anteriormente descrito é recorrente os pais sentirem insegurança, tristeza, incerteza e culpa por não conseguirem cuidar do seu filho quando estão internados, vendo os cuidados serem prestados por elementos estranhos à família, podendo existir sentimentos de ciúmes, hostilidade, ressentimento, medo da doença e do desconhecido, desconhecimento de procedimentos ligados à recuperação do RN, surgem também problemas financeiros, sociais e afetivos (relacionamento com o marido/outros filhos, entre outros) vinculados à permanência do RN no hospital (Hoffenkanp et al, 2012; Shah, Clements e Poehlmann, 2011; Araújo e Rodrigues, 2010; Leone e Tronchin, 2001).

Cabe ao enfermeiro intervir na promoção da relação entre os pais e o RN como forma de diminuir a ansiedade por parte dos mesmos, e potenciar o crescimento e o desenvolvimento saudável e equilibrado de todas as dimensões, tanto psicológicas, sociais e espirituais, do RN. O contacto dos pais com o RN pode ser promovido através de uma parceria de cuidados.

A dificuldade que alguns pais sentem em compreender as informações transmitidas pelos técnicos, aliado à vergonha de perguntarem ou assumirem que não entenderam pode desenvolver barreiras de comunicação e consequentemente momentos de tensão. É função também do enfermeiro promover o contacto entre pais que estejam ou já tiveram na mesma situação. A comunicação entre os enfermeiros e a família é considerada como fundamental e não se restringe apenas ao que é dito mas também à maneira como é transmitida a informação. A comunicação é importante na expressão de sentimentos e emoções. O momento de comunicação pode favorecer o distanciamento, a hostilidade, a negociação ou o acolhimento. A comunicação eficaz inicia-se com uma atitude de serenidade por parte de quem deseja informar e completa-se ao direcionar a conversa para o que os pais precisam e solicitam (Tavares, Mota e Magro, 2006).

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, facilmente se compreende que em contexto de prematuridade, a emocionalidade no ato do cuidar do RN e seus pais é uma realidade incontornável. Considera-se, deste modo, imprescindível prestar cuidados com emotividade, tanto para melhorar a prática de enfermagem, como para o desenvolvimento de um relacionamento de parceria com os pais e para que esse se sinta apoiado, encorajado, seguro e que consiga integrar a experiência e aprender com ela (Diogo, 2006; Henderson, 2001).

Justifica-se assim a pertinência do presente artigo de RSL no contexto de prematuridade, sendo esta uma altura em que o utente pediátrico necessita de enfermeiros competentes tecnicamente e envolvidos emocionalmente, para que o processo de adaptação seja ultrapassado de forma construtiva e o menos traumatizante possível.

A área da emocionalidade no ato de cuidar é pouco explorada pelas teorias clássicas de enfermagem mas atualmente é considerada fundamental (Diogo, 2012). Desta forma, pretendemos com este artigo compreender a forma como os enfermeiros gerem as emoções na interação Rn/pais em contexto de prematuridade e dar resposta à seguinte questão: *Como é que os enfermeiros gerem a emocionalidade no ato de cuidar do recém-nascido prematuro e de seus pais?*

METODOLOGIA

Para efetuar o presente artigo de RSL, estudo retrospectivo e secundário, formulamos a seguinte questão em formato PICO: Problema, Intervenção, Comparação, Outcomes e Tipos de estudos (Vilelas, 2009): *Como é que os enfermeiros de unidades de neonatologia(P) no ato de cuidar do prematuro e de seus pais(I) gerem a emocionalidade(O)?*

De forma a centralizar a pesquisa estabelecemos os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Quadro 1 de modo a encontrar artigos que se adequassem à questão de investigação.

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão dos artigos analisados

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes (P)	Enfermeiros que cuidam de prematuros (até às 27 semanas de gestação) e seus pais.	Enfermeiros da área da neonatologia, mas que não trabalham com prematuros (até às 27 semanas de gestação) e seus pais.
Intervenção (I)	Estudos que descrevam as opiniões dos enfermeiros e dos pais sobre a gestão das emoções dos enfermeiros durante o cuidar dos prematuros e de seus pais.	Estudos que não incluam a forma como os enfermeiros gerem as emoções para cuidar dos prematuros e seus pais, e estudos cuja opinião sobre a gestão da emocionalidade dos enfermeiros na seja descrita pelos enfermeiros ou pais de RN prematuros.
Comparação (C)	Não aplicável	Não aplicável
Resultados (O)	Efeitos do ato de cuidar do RN e seus pais através da gestão emocional.	Outros resultados do ato de cuidar do RN e seus pais que não sejam causa da gestão emocional.
Estudo (S)	Estudos qualitativos, quantitativos ou de abordagem mista.	Todos os resultados provenientes de fontes de informação que não apresentem metodologia científica.

Para a realização da nossa pesquisa e para dar resposta à questão inicial, foram utilizadas as bases de dados CINAHL, MEDLINE, SciELO e Google Académico, num intervalo de tempo de Março de 2003 a Março de 2013, com a seguinte equação de pesquisa: [(Prematur* OR Low Birth Weight) AND (Nurs*) AND (Emot*)], em inglês e português. Obteve-se 63 artigos (CINAHL n=24, MEDLINE n=25, SciELO n=7 e Google Académico n=7), sendo que 13 eram comuns à base de dados CINAHL e MEDLINE, restaram 50 artigos, que ao serem avaliados segundo os critérios de inclusão e exclusão, 38 foram excluídos. Assim, para a análise e elaboração desta Revisão Sistemática da Literatura utilizaram-se 12 artigos.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Dos artigos incluídos no presente estudo, sete estão escritos em português e cinco em inglês. A maioria dos estudos é de origem brasileira (sete) e os restantes são provenientes da Suécia, Austrália, Hong Kong, México e Noruega.

A maioria dos artigos possui um nível de evidência V, nove estudos qualitativos e dois descritivos, e uma revisão sistemática da literatura, cujo nível de evidência é considerada I (Vilelas, 2009).

*A Emocionalidade
no Ato de Cuidar
de Recém-Nascidos
Prematuros e Seus
Pais: Uma competência
do enfermeiro*

O Quadro 2 sintetiza toda a informação importante recolhida após a análise dos artigos em estudo.

Quadro 2- Análise de artigos

Ponte	Objetivo, Tipo de Estudo, Participantes, Intervenções, Principais Conclusões
Tavares, G., Mota, J., & Magro, C. (2006). Visão sistêmica da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UCIN. <i>Evidência V</i>	Objetivos: Avaliar os sentimentos e as reações dos pais durante a permanência dos filhos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Tipo de estudo: Pesquisa qualitativa, por entrevista semiestruturada e observação direta da interação pais-filhos. Participantes: Pais de recém-nascidos pré-termo (n=46) internados na UCIN. Intervenções: Incentivar o aleitamento materno; interação entre a família-equipe; conhecer outros pais na mesma situação. Resultados: As intervenções pretendem gerir as seguintes sentimentos/emoções: insegurança, inferioridade em relação aos profissionais de saúde; necessidade de contato; apreensão/preocupação com a situação da criança; desgaste físico e emocional, depressão e raiva; ansiedade pela necessidade da produção de leite; os pais não expressam a sua contrariedade com medo da criança ser maltratada; dificuldade em entender a informação e vergonha em perguntar; a troca de experiências diminui a sensação de estranhamento e isolamento; o medo da alta. Conclusões: O nascimento prematuro de uma criança repercute-se em toda a família. Os pais têm sentimentos de incompetência e insegurança para lidar com o RN, uma vez que se comparam com os profissionais de saúde. Os pais sentem-se inibidos em expressar as suas contrariedades/ sentimentos e revelam que o filho seja maltratado. Reaver a qualidade dos cuidados prestados aos pais de crianças na UCIN, a humanização dos cuidados, a participação dos pais nos cuidados será um dos grandes objetivos da enfermagem neonatal.
Crus, A., Oliveira, M., Cardoso, M., & Uchoa, I. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. <i>Evidência V</i>	Objetivos: Investigar os sentimentos das mães durante o internamento do filho na UCIN e conhecer as suas expectativas quanto ao tratamento do RN submetido a ventilação mecânica. Tipo de Estudo: Estudo qualitativo, com aplicação de entrevista semiestruturada. Participantes: Mães (n=11) de prematuros submetidos a ventilação mecânica. Intervenções: Promover um acolhimento humanizado a uma comunicação efetiva com a mãe; desenvolver e manter as relações interpessoais; facilitar contacto precoce entre mãe e filho prematuro (fortalecimento da diáde). Resultados: A angústia, sofrimento, insegurança e ansiedade iniciais das mães são ultrapassadas pelo acompanhamento próximo da evolução dos seus filhos e dão lugar a sentimentos de alegria no desejo de recuperação do filho e na expectativa da alta hospitalar. Conclusões: Os enfermeiros devem promover uma interação eficaz através do acolhimento e comunicação efetiva de modo a promover a vinculação pais-bébé submetido a ventilação mecânica.
Kavanaugh, K., Moss, T., & Savage, T. (2009). How nurse assist parents regarding life support decisions for extremely premature infants. <i>Evidência V</i>	Objetivos: Descrever o comportamento das enfermeiras que ajudam os pais na tomada de decisão em relação ao suporte de vida de prematuros. Tipo de Estudo: Estudo qualitativo, longitudinal por entrevista semiestruturada antes e depois do nascimento. Participantes: 40 mães, 14 pais, 17 enfermeiras do serviço de obstetria e 12 enfermeiras da neonatologia. Intervenções: Fornecer apoio emocional positivo aos pais; Dar informações adequadas e de acordo com as necessidades dos pais; Identificar as necessidades dos pais e do RN prematuro. Resultados: Os pais consideram a enfermeira a pessoa mais adequada para dar informações acerca do seu filho, pois as informações são mais personalizadas e têm o cuidado de utilizar uma linguagem clara e de fácil percepção para que os pais possam tomar decisões, em comparação com as informações fornecidas por outros profissionais. As enfermeiras descrevem que a sua função é muito importante na aproximação da triada. As enfermeiras terão de gerir um conjunto de emoções negativas face à situação vivenciada pelos pais, para assim desenvolverem as competências parentais adequadas no caso do RN prematuro. Conclusões: As enfermeiras desempenham um papel fundamental de suporte aos pais e nas tomadas de decisão dos mesmos. Tanto os pais como as enfermeiras consideram que o apoio emocional é crucial para a tomada de decisões.

Quadro 2- Análise de artigos - Continuação

Fonte	Objetivo, Tipo de Estudo, Participantes, Intervenções, Principais Conclusões
Tran, C., Medhurst, A., & O'Connell, S. (2009). Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. <i>Distância V</i>	Objetivo: Avaliar a percepção dos pais em relação ao tipo e ao nível de suporte dado pelos enfermeiros da unidade neonatal e determinar se os pais estão satisfeitos com o mesmo. Tipo de estudo: Estudo misto e descritivo por questionário com 21 perguntas de resposta fechada e 3 perguntas de resposta aberta. Participantes: Pais de RN ($n=112$) internados na UCIN, durante mais de 24h. Intervenções: Proporcionar apoio emocional; Desenvolver uma comunicação eficaz; Promover o papel parental; Informar os pais como cuidar do RN; Valorizar a presença de cuidados; Dar apoio de escuta em relação à permanência junto do RN; Escutar as dúvidas dos pais; Informar das alterações referentes ao RN; Auxiliar os pais na compreensão dos comportamentos do RN; Instruir os pais sobre as intervenções não farmacológicas de alívio da dor no RN; Dar reforços positivos; Demonstrar disponibilidade para responder a dúvidas e preocupação pelos pais; Promover um acolhimento humanizado e individualizado; Prestar bons cuidados ao RN, na perspectiva dos pais; Demonstrar sensibilidade pelas necessidades do RN; Demonstrar afeto pelo RN; Dar resposta atempada às necessidades do RN; Valorizar as competências do RN. Resultados: As intervenções anteriormente descritas vão ajudar na expressão de emoções, dúvidas e preocupações e na compreensão do que está a ser feito ao RN. Conclusões: Os pais percebem que o nível de apoio por parte dos enfermeiros é elevado, contudo existem temáticas que devem ser desenvolvidas na área da educação aos pais (técnicas, amamentação e assistência no desenvolvimento de competências parentais).
Souza, M., Araújo, A., Costa, I., Carvalho, J., & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. <i>Distância V</i>	Objetivo: Conhecer as representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro numa UCIN. Tipo de Estudo: Estudo qualitativo utilizando entrevista semiestruturada. Participantes: Mães ($n=18$) de prematuros internados na UCIN. Intervenções: Promover a proximidade; Encorajar a expressão de sentimentos por parte dos pais; Promover a vinculação e competências parentais; Promover cuidados em parceria; Estabelecer uma comunicação eficaz e escuta ativa; Demonstrar disponibilidade de escuta. Resultados: As intervenções de enfermagem facilitam a gestão dos sentimentos de insegurança, incerteza, medo, culpabilização materna pelo parto pré-termo. Estas intervenções ajudam as mães a demonstrar felicidade motivadas pelo facto do seu filho estar vivo. Conclusões: As mães manifestam dificuldades na adaptação materna relacionadas com a hospitalização do filho, nomeadamente com as exigências dos cuidados maternos na UCIN. Os sentimentos vivenciados durante a hospitalização do filho na UCIN são essencialmente de incerteza a médio e longo prazo do futuro do seu filho e da sua adaptação em relação à prematuridade. A qualidade dos cuidados de enfermagem e a forma como os enfermeiros possibilitam a expressão dos sentimentos das mães, relativamente à verbalização das suas angústias, medos e ansiedades, ajudam a adaptação da mãe à prematuridade. Neste contexto a equipa de enfermagem pode diminuir as emoções negativas da família em relação ao seu filho e fortalecer o vínculo mãe-bebê.
Tegen, L. & Walzeth, S. (2008). The parent-neonate relationship in the neonatal intensive care unit context - closeness and a emotional involvement. <i>Distância V</i>	Objetivo: Estudar o significado da relação entre pais-bebês prematuros-enfermeiros na opinião dos pais e dos enfermeiros. Tipo de Estudo: Estudo exploratório, qualitativo recorrendo à observação e entrevistas retrospectivas. Participantes: Seis mães e seis RN prematuros e seis enfermeiros numa UCIN. Intervenções: Prestar cuidados que visam a proximidade e vinculação; Desenvolver as competências parentais; Estabelecer uma escuta ativa; Promover dos cuidados centrados na família, originando uma relação de confiança entre profissionais e pais. Resultados: Os enfermeiros consideram que uma relação de confiança com os pais pode ser prejudicial para o seu trabalho. A interação com os pais e emoções vivenciadas podem ser mais exigentes do que o cuidar do bebê e a falta de privacidade existente numa UCIN pode ser um fator facilitador da relação dos pais-enfermeiros pelo aumento do tempo em contacto. Quanto aos pais, estes consideram que a relação de proximidade com os enfermeiros ajuda-os a aumentar a sua autoconfiança nos cuidados com o seu filho e tomar decisões informadas, e a adaptarem-se à parentalidade. Conclusões: A proximidade entre os pais e o enfermeiro é desejável. A sobrecarga emocional resultante da interação deve ser gerida de forma a melhorar a eficácia das intervenções dos enfermeiros e a adaptabilidade parental em contexto de prematuridade. Os pais e enfermeiros devem estar conscientes da emocionalidade que surge no cuidar de um RN prematuro. A necessidade de encontrar um equilíbrio emocional entre o que é saudável e o que é patológico é benéfico para a independência dos pais e para a capacidade dos enfermeiros de manterem uma relação profissional com os pais.

A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro

Quadro 2- Análise de artigos - Continuação

Fonte	Objetivo, Tipo de Estudo, Participantes, Intervenções, Principais Conclusões
Gerguino, K.J. Pastore, S. (2004). Amamentação de prematurados em uma unidade neonatal: a vivência materna. Evidência V	Objetivo: Identificar as dificuldades maternas em amamentar/aleitar o seu filho prematuro e descrever como vivenciou a amamentação do seu filho numa Unidade Neonatal. Tipo de estudo: Estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas. Participantes: Mães (n=8) de RN prematuros internados numa Unidade Neonatal. Intervenções: Implementar estratégias que propiciem às mães expressar os seus medos, dúvidas, ansiedades no que diz respeito ao processo de amamentar/aleitar a importância da extração de leite, mesmo que o seu filho ainda não esteja a ser alimentado, para estimular a produção de leite; Incentivar a vinculação entre mãe-bebê o mais precocemente possível. Resultados: As intervenções melhoraram o gestão de algumas emoções maternas, nomeadamente, do nervosismo e dificuldade na amamentação por fragilidade do bebê; no contacto e dificuldade na execução da técnica de extração de leite. Conclusões: As mães demonstraram ansiedade e algumas dificuldades em vivenciar a hospitalização dos filhos e a impossibilidade em amamentar logo após o nascimento. Todavia, os resultados indicam que os enfermeiros são fundamentais na gestão emocional através de uma relação próxima com as mães, demonstrando disponibilidade em ouvir e melhorando as competências maternas através de ações de educação para a saúde.
Arejo, R., Rodrigues, R., & Rodrigues, E. (2002). O diálogo entre a equipa de saúde e mães de bebés prematuros: uma análise falante. Evidência V	Objetivo: Analisar a prática de educação adotada pela equipa de saúde junto das mães de RN internados numa UON. Tipo de estudo: Estudo de natureza qualitativa por entrevista semiestruturada. Participantes: Mães (n=6) que tiveram filhos prematuros internados na UON, com duração superior a 4 dias de internamento. Intervenções: Promover uma comunicação eficaz através de escuta ativa e de uma linguagem adequada; Encorajar a expressão de sentimentos e dúvidas por parte das mães através de diálogo; Estimular a parceria de cuidados; Promover a vinculação precoce e competências parentais; Ajudar a transição da imagem de um bebé imaginário para o bebé real; Apoiar no processo de luto vivenciado pelas mães após o nascimento de um bebé prematuro; e Identificar as reais necessidades das mães. Resultados: As intervenções anteriores melhoraram o gestão do stress, da angústia, insegurança, incerteza e o sofrimento parental. O processo de comunicação foi mais eficaz para a adequabilidade da linguagem à compreensão e necessidades maternas facilitou em conta pelas enfermeiras. Conclusões: As mães consideram, mesmo assim, um desafio compreender a linguagem científica utilizada pelos profissionais durante os encontros, surgindo deste modo dúvidas e incertezas. Referem que a comunicação é um monólogo, não há tempo para a colocação de dúvidas. Este ambiente contribui para o afastamento entre a mãe e filho. A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica o envolvimento da mãe/família nos cuidados. Esta parceria exige disponibilidade dos enfermeiros e uma transmissão de informação adequada aos pais. Estas intervenções permitem o desenvolvimento de uma ligação afetiva e a vinculação entre a mãe e o filho.
Lindberg, S., Axelsson, K., & Öhring, K. (2004). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. Evidência V	Objetivo do Estudo: Descrever a experiência de ser pai de um RN prematuro. Tipo de Estudo: Método qualitativo por entrevista semiestruturada. Participantes: Pais (homens=8) de RN prematuros internados numa UON. Intervenções: Promover a proximidade, apaga a vinculação; Desenvolver competências parentais; Aumentar o tempo de permanência junto do filho; Demonstrar a disponibilidade da equipa para contacto permanente mesmo após a alta. Resultados: Estas intervenções facilitaram um maior conhecimento do pai em relação ao seu filho, melhorando consequentemente a aquisição de competências parentais e o processo de vinculação. Os sentimentos de insegurança e impotência foram diminuindo à medida que aumentava a participação dos pais nos cuidados ao RN. Conclusões: Os pais tornam-se mais participativos e mais confiantes do seu papel de pai. Como tal, a sensibilização do estado do RN gera sentimentos de preocupação com o desenvolvimento infantil do seu filho e respetivas consequências da prematuridade. Os enfermeiros conseguem que os pais participem nos cuidados do RN e que coloquem as suas dúvidas durante e após o internamento. Assim, as emoções de insegurança dos pais são despoletadas pelo conhecimento e experiências que têm ao cuidar do seu filho. Os enfermeiros têm uma função primordial na sua gestão, tornando esta vivência num processo natural e saudável, através do tempo disponibilizado para ouvir e para integrá-los progressivamente nos cuidados.

Quadro 2- Análise de artigos - Continuação

Fonte	Objetivo, Tipo de Estudo, Participantes, Intervenções, Principais Conclusões
Werner, M., & Angelo, M. (2007). A Enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. <i>Evidência I</i>	Objetivo: Descrever a importância da família no contexto de prematuridade. Tipo de estudo: Revisão sistemática da literatura (23 pesquisas primárias). Participantes: Mães de RN prematuros internados numa UCIN. Intervenções: Promover a proximidade e vinculação mãe-filho; Prestar cuidados centrados na família e estimular a parceria de cuidados; Preparar atempadamente o momento da alta hospitalar; Demonstrar disponibilidade e solidariedade; Reconhecer as necessidades dos pais fornecendo informações de acordo com as necessidades da mãe; Valorizar as tomadas de decisão compartilhadas; Proporcionar uma escuta ativa; Disponibilizar recursos de apoio (espíritos, apoio a familiares, entre outros). Resultados: A intervenção adequada do enfermeiro junto destas mães proporcionou-lhes sentimentos tais como: segurança, felicidade, sensação de utilidade, com repercussão no papel parental. Conclusões: A presença dos enfermeiros é fundamental na interação com a triada e no cuidar do RN. O informar e o facilitar o acesso a recursos de apoio constituem ações importantes. A comunicação eficaz promove cuidados mais centralizados e personalizados, fortalecendo a relação entre pais-profissionais de saúde, promovendo compenetradas parentais. O carinho dos profissionais proporciona sensação de bem-estar, minimiza o sofrimento vivenciado pela família neste momento, dotando-os de sentimentos de confiança e segurança facilitando a vinculação precoce.
Martins, J., Mars, L., & Fonseca, M. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significado e atribuições pela equipe de saúde. <i>Evidência V</i>	Objetivo: Analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação de mãe/pai no cuidado ao filho prematuro hospitalizado num hospital público. Tipo de estudo: Estudo descritivo, abordagem qualitativa por entrevista semiestruturada. Participantes: 22 profissionais de saúde. Intervenções: Incentivar a permanência dos pais na UCIN; Estabelecer a parceria de cuidados; Promover cuidados centrados na família. Resultados: As intervenções anteriores favorecem o desenvolvimento neurológico do RN prematuro e maior ganho ponderal; a redução do tempo de internamento; a diminuição dos reinternamentos; o estabelecimento e fortalecimento de vínculo afetivo; os RNs presença dos pais sentem-se protegidos, seguros, confiantes e acolhidos; todavia, alguns enfermeiros referem que os pais interferem na dinâmica de trabalho, geram insegurança e atrapalham nos profissionais e não centram a atenção do enfermeiro no RN; A dificuldade de comunicação com os pais também é referida. Conclusão: Os profissionais consideram importante a permanência dos pais na unidade para o estabelecimento do vínculo afetivo, possibilita a interação mãe/pai-filho e os auxilia para a alta. Contudo a presença dos pais na unidade interfere na dinâmica de trabalho e gera insegurança na equipe pelo que é necessário implementar uma nova política onde se inclua a família nos cuidados ao neonato, numa forma natural, informada e consciente.
Mok, S., & Leung, S. (2005). Nurse as providers of support for mothers of premature infants. <i>Evidência V</i>	Objetivo: Descrever o apoio fornecido por enfermeiros a mães de prematuros. Tipo de estudo: Estudo descritivo por entrevista semiestruturada. Participantes: Mães (n=27) de RNs internados na UCIN e que estejam internados há pelo menos uma semana. Intervenções: Tomar iniciativa de dar informação, demonstrando disponibilidade e utilizando uma linguagem simples e adequada; Responder a questões atempadamente; Estabelecer uma relação de confiança; Promover a escuta ativa; Promover o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN; Ter uma atitude positiva na redução do stress e na adoção de estratégias para diminuir as preocupações dos pais; Promover a vinculação. Resultados: As mães referem necessitar de mais apoio por parte dos enfermeiros na área de comunicação e o fornecimento de informação. O apoio emocional é avaliado como menos importante em relação aos outros domínios: comunicação e informação; "activa"; e gestão de cuidados de qualidade. Conclusões: As mães valorizam o apoio dos enfermeiros na gestão das emoções que vivenciam neste período da sua vida. No entanto, os enfermeiros devem estar mais sensibilizados para a adaptação dos cuidados de enfermagem às necessidades dos pais de prematuros identificados através de uma interação mais eficaz e eficiente.

A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Com os atuais estilos de vida, a prematuridade é uma realidade cada vez mais presente na UCIN. Cuidar em contexto de prematuridade, tem vindo a ser um desafio para os enfermeiros que acompanham o RN e sua família neste caminho que pretende alcançar a autonomia e independência de máquinas, medicação e procedimentos.

De modo a demonstrar de que forma as intervenções de enfermagem ajudam na gestão da emocionalidade foram categorizadas algumas intervenções encontradas na análise dos artigos: Facilitar a expressão dos sentimentos dos parentais, Comunicar de forma eficaz e eficiente com os pais, Facilitar o processo de Vinculação e Promover a aquisição e desenvolvimento de competências parentais.

Facilitar a expressão dos sentimentos e emoções parentais

A gestão emocional tem vindo a ser estudada e aprofundada na prática de enfermagem. Neste sentido a gestão dos sentimentos é importante no desenvolvimento de uma relação criando laços de confiança e segurança, que favoreçam a expressão de sentimentos, o que por si só é terapêutico (Diogo, 2012).

O nascimento de uma criança foi, é e será sempre um acontecimento sublime. Acontecimento que tem contêm emoções tão intensas que simultaneamente devastam e enaltecem o sentido de se ser humano. Essas emoções são intensamente vivenciadas, originando sentimentos e pensamentos confusos e exaustivos que, nas situações de prematuridade, podem influenciar a adoção das competências parentais (Vilelas, 2013).

Ao longo da análise dos artigos foram identificadas várias emoções vivenciadas pelos pais tais como: angústia, sofrimento, insegurança, ansiedade, medo, stress, tristeza, culpabilização materna, sensação de insignificância, raiva e depressão (Cruz, Oliveira, Cardoso e Lúcio, 2010; Wernet e Ângelo, 2007; Fegran e Helseth, 2008; Gorgulho e Pacheco, 2008; Tavares, Mota e Magro, 2006). Outros estudos também referem o stress, a ansiedade, a insegurança, a culpa e o medo como as emoções/ sentimentos mais vivenciados pelos pais em contexto de internamento numa UCIN (Camarneiro, Alves, Ferreira e Gomes, 2009; Mano, 2002).

Como o enfermeiro cuida do RN e pais, estes têm de compreender as próprias emoções para melhor gerirem a dos clientes. A insegurança e o stress foram dois sentimentos identificados na nossa pesquisa. Os enfermeiros consideram que a interação com os pais é mais exigente do que o ato de cuidar do RN prematuro, prejudicando o seu trabalho, embora considerem que a falta de privacidade inerente às condições de uma UCIN acaba por ser um fator facilitador da relação pais/enfermeiro (Fegran e Helseth, 2008; Martínez, Mara e Fonseca, 2007). Outro estudo refere que os enfermeiros consideram que a presença dos pais é importante e fundamental para o desenvolvimento da criança, embora muitas das vezes estes não os envolvam devidamente nos cuidados (Mano, 2002).

Corroborando com estes resultados num estudo realizado em Portugal foram encontradas emoções como a tristeza, compaixão, mágoa, impotência, angústia, desgaste, culpa entre outras, no ato de cuidar em pediatria (Vilelas, 2006). Os enfermeiros lidam com muitas emoções perturbadoras que geram conflitos internos em que os mesmos adotam estratégias de defesa (Diogo, 2012). Contudo, numa relação terapêutica a gestão das emoções do enfermeiro é fundamental para que a comunicação eficaz, a vinculação e o desenvolvimento de competências parentais sejam potenciadas.

Comunicar de forma eficaz e eficiente com os pais

Os resultados de oito artigos revelam ser muito relevante os processos comunicacionais e o fornecimento de informação aos pais. A comunicação é uma atividade

que medeia as relações e, sendo assim é essencial no dia-a-dia em contexto hospitalar. Nos processos comunicacionais incluímos a utilização de uma linguagem adequada, clara e de fácil percepção para que seja captada pelos pais na sua totalidade e a escuta ativa, que também é uma ferramenta essencial para que se possa promover uma comunicação eficaz e bidirecional (Cruz, Oliveira, Cardoso e Lúcio, 2010; Kavanaugh, Moro e Savage, 2009; Tran, Medhurst e O'Connell, 2009; Sousa, Araújo, Costa, Carvalho e Silva, 2009; Gorgulho e Pacheco, 2008; Araújo, Rodrigues e Rodrigues, 2008; Wernet e Ângelo, 2007; Mok e Leung, 2006).

Na relação comunicacional entre a tríade, o enfermeiro pode utilizar a educação para a saúde para oferecer suporte e favorecer a relação, uma vez que o conhecimento propicia uma partilha de saberes, dúvidas, medos e experiências (Campos e Cardoso, 2008). Os resultados do estudo de Wigert, Johansson, Berg e Hellstrom (2006), salientam que quando existe uma comunicação contínua, desenvolve-se a confiança nos pais. Este sentimento inclui a compreensão, o cuidado individualizado e a satisfação de necessidades específicas dos pais. A partir da confiança, os pais superam o medo do ambiente desconhecido que é a UCIN, e de cuidar do RN prematuro, pois ao adquirirem confiança nos profissionais de enfermagem sentem-se mais tranquilos e autoconfiantes (Silva e Silva, 2009).

A gestão da informação, por parte dos enfermeiros, deve estar adequada às vivências dos pais e às dificuldades sentidas na atual situação, pelo que a forma como é realizada a comunicação e a transmissão de informação vai ter um papel fundamental no ultrapassar da situação de crise. Assim, a comunicação que se estabelece através do diálogo, de troca de informações e de mensagens não-verbais é fundamental, em contexto de prematuridade, para que sentimentos como a culpa, o medo e o sofrimento vivenciados pelos pais sejam minimizados. Os estudos apontam os pais como suporte ao cuidar do RN, o que inclui informações detalhadas e em linguagem acessível acerca do estado clínico e procedimentos realizados ao RN, apoio emocional, envolvimento dos pais no cuidar, disponibilidade para estar com os pais e conversar com eles (Tran, Medhurst e O'Connell, 2009; Wigert, Johansson, Berg e Hellstrom, 2006; Kowalski e Leef, 2005). No entanto, estudos demonstram que, apesar da importância atribuída a esta temática ainda há muito a melhorar. As equipas de enfermagem das UCIN ainda não estão suficientemente preparadas para estabelecerem uma comunicação e informação eficaz com os pais, e muitas vezes esta configura-se de forma automatizada, impessoal e sem afetuosidade (Frello e Carraro, 2012; Gaíva e Scochi, 2002).

Facilitar o processo de vinculação

A vinculação foi considerada uma área em que a enfermagem pode ter um papel ativo. A maioria dos artigos (oito) referem intervenções relacionadas com o contacto precoce entre os pais e os RNs e a necessidade de apego. A vinculação é um fator facilitador na aquisição de competências parentais e que, em contexto de prematuridade, pode estar fragilizada ou condicionada. Os pais sentem-se desorganizados, ansiosos, cansados, sendo difícil conseguirem manter o vínculo com o seu bebé, em que neste contexto é considerado uma situação normal (Brum e Shermann, 2004). O nascimento de um RN prematuro envolve cuidados técnicos especializados, onde a utilização de tecnologia é inevitável e o ambiente de uma UCIN pode ser intimidador. Cabe ao enfermeiro, estabelecer o contacto precoce com o RN, desmistificar dúvidas, acolher os pais na UCIN e proporcionar o

envolvimento dos mesmos nos cuidados ao seu bebê agindo como promotor da vinculação na tríade (Cruz, Oliveira, Cardoso e Lúcio, 2010; Sousa, Araújo, Costa, Carvalho e Silva, 2009; Gorgulho e Pacheco, 2008; Araújo, Rodrigues e Rodrigues, 2008; Lindberg, Axelsson e Ohrling, 2008; Wernet e Ângelo, 2007; Martínez, Mara e Fonseca, 2007; Mok e Leung, 2006). Outro estudo corrobora que os enfermeiros têm um papel fundamental no acolhimento e integração dos pais nos cuidados ao RN (Santos, Alves e Apolinário, 2010). O vínculo entre mãe/bebê tem início no período pré-natal, embora se torne mais firme e mais efetivo após o nascimento, sendo esta fase determinante para que este processo de vinculação seja eficaz e de sucesso (Brum e Shermann, 2004; Rodrigues e Tronchin, 1996). A equipa multiprofissional deve atuar como facilitador/promotor desta relação. Permitir o contacto corporal, a participação progressiva dos pais nos cuidados ao seu filho e a informação/formação adequada acerca das competências do seu bebê, é fundamental para favorecer a construção e a intensificação do vínculo entre pais e prematuro (Camarneiro, Alves, Ferreira e Gomes, 2009). Ao longo do tempo deve-se permitir e incentivar o toque pois através deste podemos potenciar o amor dos pais e o estimular o desenvolvimento do RN.

Promover a aquisição e o desenvolvimento de competências parentais

As competências parentais foram referidas de forma mais direta em seis dos artigos. Para uma aquisição das competências parentais eficaz, o processo de vinculação tem de estar estabelecido ou em desenvolvimento, sendo difícil dissociá-los. Os estudos revelam que os enfermeiros têm uma função fundamental ao nível dos ensinamentos (onde se destacam os relacionados com a amamentação) e na promoção de cuidados em parceria e centrados na família (referido em nove artigos), onde os pais se consciencializam da importância do seu papel nos cuidados prestados ao seu RN. Os enfermeiros estão sensibilizados para as vantagens do desenvolvimento do RN, estando implícita a permanência prolongada dos pais junto do mesmo (Tran, Medhurst e O'Connell, 2009; Sousa, Araújo, Costa, Carvalho e Silva, 2009; Fegran e Helseth, 2008; Araújo, Rodrigues e Rodrigues, 2008; Lindberg, Axelsson e Ohrling, 2008; Wernet e Ângelo, 2007; Martínez, Mara e Fonseca, 2007; Mok e Leung, 2006; Oliveira, Lopes, Vieira e Collet, 2006; Tavares, Mota e Magro, 2006; Marques e Sá, 2004). A visão sistémica da prematuridade, também foi referenciada pelos vários autores anteriormente citados, uma vez que esta estimula as interações entre família e equipa de saúde. Outro estudo corrobora com este facto, salientando que a família é muito importante para o desenvolvimento do RN. Os cuidadores são o alvo dos cuidados em enfermagem pediátrica, pois os cuidados são organizados, estruturados e planeados de acordo com as necessidades dos mesmos. Os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos, desta forma deve-se agir respeitando e valorizando as suas experiências e vivências no ato de cuidar dos seus filhos e o contributo que estes podem oferecer na prestação de cuidados (Mano, 2002).

De modo a reforçar a importância dos cuidados centrados na família, Watson define que o cuidar é um processo que visa o acompanhamento e restabelecimento da pessoa/família tendo em consideração as suas necessidades, o que contrasta com os cuidados focados na cura (Diogo, 2012). Assim, todo o trabalho com crianças tem implícito o trabalhar com os pais com comportamentos, atitudes, valores e crenças específicas a cada família. Deve-se incluir os pais, o mais precocemente possível, na prestação de cuidados ao seu filho, dotando-os de competências para o cuidar, fazendo com que estes conheçam melhor o RN e o reconheçam como um indivíduo (Rodrigues e Tronchin, 1996).

Outro estudo enfatiza a crescente preocupação das equipes de enfermagem em dotar os pais de competências que lhe permitam cuidar do seu filho com autonomia após a alta hospitalar. Este planejamento favorece a aquisição das competências e consequentemente a diminuição do stress vivenciado ao longo do internamento (Oliveira, Lopes, Vieira e Collet, 2006; Marques e Sá, 2004).

CONCLUSÃO

O paradigma do cuidar em enfermagem é simplificado se tivermos presente que "o cliente beneficiará com os cuidados profissionais repletos de calor humano, carinho, eco emocional e ressonância afetiva, promovendo a experiência humana" (Diogo, 2006, p.258). Assim, e em contexto de prematuridade, a emocionalidade no ato de cuidar torna-se um recurso comunicacional, que tem de ser cuidadosamente utilizado, para que se transforme num ato terapêutico em enfermagem. Segundo os resultados dos artigos, os enfermeiros são considerados, pelos pais, um elemento importante e de referência nos cuidados ao RN através da gestão emocional, comunicação e informação eficaz, promoção da vinculação e das competências parentais.

O trabalho emocional é utilizado pelos enfermeiros nas interações com as pessoas como um processo onde se consegue regular emoções, gerindo-as de forma saudável com o objetivo de cuidar da Pessoa como um Ser holístico. Os resultados encontrados reforçam as recentes teorias da experiência emocional no ato do cuidar e dão visibilidade às intervenções de enfermagem que muitas vezes passam despercebidas mas têm um grande impacto na vida destas famílias (Vilelas, 2013).

Com o atual empenho por parte da ciência de enfermagem na humanização dos cuidados, e tendo em conta a gênese do cuidar em enfermagem (cuidados holísticos), consta-se que a investigação na área da emocionalidade pode ser mais desenvolvida e que os enfermeiros ainda não têm consciência da efetividade da mesma nos cuidados de enfermagem. Daí, torna-se fundamental que o trabalho emocional que os enfermeiros desempenham diariamente no ato de cuidar, seja cada vez mais explícito, através da fundamentação e evidência científica da temática, tornando-se um veículo importante para o desenvolvimento/aquisição de competências e estratégias na gestão emocional com os utentes, mas também um marco relevante para a evolução dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Araújo, B., & Rodrigues, B. (2010). Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 865–72.
- Araújo, B., Rodrigues, B., & Rodrigues, E. (2008). O Diálogo entre a equipa de saúde e mães de bebés prematuros: uma análise freireana. *Revista de Enfermagem da Universidade de Enfermagem do Rio Janeiro*, 16(2), 180–6.

- Bock, A.(2002). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 13 ed. São Paulo: Saraiva.
- Brum, E., & Shermann, L.(2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil : abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saude Coletiva*, 9(2),457-67.
- Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A., & Gomes, A.(2009). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica*,40(9),53-7.
- Campos, A., Moreira, M,& Cardoso L. (2006). Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Ciências de Enfermagem*,12(1),73-81.
- Cruz, A., Oliveira, M., Cardoso, M.,& Lúcio, I. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*,12(1),133-40.
- Damásio, A.(2012). *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Temas e Debates. Lisboa: Círculo dos Leitores.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da Consciência*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro - Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Fegran, L.,& Helseth, S.(2008). The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context—closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4),667-73.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A psicologia das emoções- O fascínio do rosto humano*. Porto: edições Universidade Fernando Pessoa.
- Frello, A., & Carraro, T.(2012). Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*,65(3),514-21.
- Gaiva, M., & Scochi, C.(2002). A comunicação entre a equipa e os pais em uma UTI Neonatal de um Hospital Universitário. *Anais 8 Simpósio Brasileiro de Enfermagem Comunitária*. Consultado a 8 de dezembro de 2013, em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a052.pdf>
- Gorgulho, F.,& Pacheco, S.(2008). Amamentação de Prematuros em uma Unidade Neonatal: a vivência materna. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*,12(1),19-24.
- Gray, B.& Smith, P. (2009). Emotional Labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9(4), 253-61.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 2(8),130-8.
- Hoffenkanp, H., Tooten, A., Hall, R., Croon, M., Braeken, J., Winkel, F., et al.(2012). The Impact of Premature Childbirth on Parental Bonding. *Evolutionary Psychology*, 10(3),542-61.

- James, I., Andershed, B., Gustavsson, B., & Ternstedt, B. (2010). Emotional knowing in nursing practice: In the encounter between life and death. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(2), 1-15.
- Kavanaugh, K., Moro, T., & Savage, T. (2009). How nurses assist parents regarding life support decisions for extremely premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(2), 147-58.
- Kowalski, W., & Leef, K. (2005). Communicating with parents of premature infants: who is the informant? *Journal of Perinatology*, 26(1), 44-8.
- Leone, C. & Tronchin D. (2001). *Assistência Integrada ao Recém-Nascido*. Editora: Atheneu.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Ohrling, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 79-85.
- Machado, M. (2011). Prematuridade e Saúde Perinatal. *Eff. Perinat. Intensive Care Eur. – Epic*, 3:2.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 8, 53 – 61.
- Marques, S., & Sá, M. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto de prematuridade. *Revista Referência*, 11, 33 – 41.
- Martínez, J., Mara, L., & Fonseca, M. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipa de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(2), 1-9.
- McCormick, M. (2004). Preterm Delivery and Its Impact on Psychosocial and Emotional Development in Children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Consultado a 11 de dezembro de 2013 em <http://www.child-encyclopedia.com/documents/McCormickANGxp.pdf>.
- Mok, E., & Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 726-34.
- Oliveira, B., Lopes, T., Vieira, C., & Collet, N. (2006). O processo de trabalho da equipa de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto e Contextos em Enfermagem*, 15:105-13.
- Rodrigues, C., Tronchin, D. (1996). *Assistência Integrada ao recém nascido. Assist. Integr. ao recém nascido*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Santos, A., Alves, C., & Apolinário, M. (2010). A aquisição de competências parentais na área do cuidar do recém-nascido prematuro: efectividade da educação realizada pelo enfermeiro. *The International Journal of Educational Psychology*, 2(1), 237-50.
- Shah, I., Clements, M., & Poehlmann, J. (2011). Maternal Resolution of Grief After Preterm Birth: Implications for Infant Attachment Security. *Pediatrics*, 127(2), 284-92.
- Silva, R., & Silva, I. (2009). A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 13(1), 108-15.
- Sousa, N., Araújo, A., Costa, Í., Carvalho, J., & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2(62), 729-33.

- Tavares, G., Mota, J., & Magro, C. (2006). Visão sistêmica da prematuridade : as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. *Revista Paulista de Pediatria*, 24(1), 27-34.
- Torney, A. & Alligood, M. (2004). *Técnicas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.
- Tran, C., Medhurst, A., & O'Connell, B. (2009). Support needs of parents of sick and / or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 12(2), 12-7.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem : uma revisão do conceito. *Revista Salutis Scientia*, 5, 42-50.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: edições Sílabo.
- Wernet, M., & Ângelo, M. (2007). A Enfermagem Diante das Mães na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Enfermagem da Universidade de Enfermagem do Rio Janeiro*, 15(2), 229-35.
- Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., & Hellström, A. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 35-41.

Contacto: jvilelas@esscvp.eu

Anexo V – Artigo “Communication skills training enhances nurses’ ability to response with empathy to parents’ emotions in a neonatal intensive care unit”.

REGULAR ARTICLE

Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit

Kristina Bry (kristina.bry@pediat.gu.se)^{1,2}, Majja Bry³, Elisabet Hentz², Håkan L. Karlsson², Hanna Kyllönen³, Malin Lundqvist⁴, Helena Wigert^{2,4}

¹Department of Pediatrics, Division of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, Gothenburg University, Gothenburg, Sweden

²Division of Neonatology, The Queen Silvia Children's Hospital, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden

³The Queen Silvia Children's Hospital, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden

⁴Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy, Gothenburg University, Gothenburg, Sweden

Keywords

Communication skills, Neonatal intensive care, Neonatal nursing, Newborn, Training

Correspondence

K. Bry, Department of Pediatrics, The Queen Silvia Children's Hospital, 41685 Gothenburg, Sweden.
Tel: +46 31 3434630 |
Email: kristina.bry@pediat.gu.se

Received

5 August 2015; revised 8 November 2015;
accepted 30 November 2015

DOI:10.1111/apa.13295

ABSTRACT

Aim: We quantitatively analysed the effect of a course in communication on the content of nurse–parent encounters and the ability of nurses to respond to the empathic needs of parents in a level III neonatal intensive care unit.

Methods: We evaluated 36 and 45 nurse–parent encounters audio recorded before and after 13 neonatal nurses attended a communication course. The number of empathic opportunities, the nurses' responses to these and the ways they involved parents in their infants' care were studied.

Results: Both before and after the course, the nurses talked more than the parents during the conversations. This nurse-centredness decreased after the course. The use of empathic or exploring responses to empathic opportunities increased from $19.9 \pm 9.0\%$ to $53.8 \pm 8.9\%$ ($p = 0.027$), whereas ignoring the feelings of the parents or giving inadequate advice decreased from $63.0 \pm 10.0\%$ to $27.5 \pm 8.4\%$ ($p = 0.043$) after the course. Use of statements expressing caring for the parents and encouragement for parents to participate in the care of their infant increased after the course ($p = 0.0034$ and $p = 0.043$, respectively). The nurses felt the course was very useful for their profession.

Conclusion: A course in communication techniques improved nurses' ability to respond to parents' feelings with empathy.

INTRODUCTION

The illness and hospitalisation of a newborn infant are extremely distressing for the parents. Worry and uncertainty about the outcome and their inability to take care of the infant themselves, as well as the high-tech environment of the neonatal intensive care unit (NICU), arouse feelings of powerlessness in parents (1,2). It is necessary for parents to obtain information about their infant's clinical situation and progress and learn to take care of their baby. Communication with healthcare providers is therefore essential for the parents during their child's hospitalisation. Research about the content and orientation of nurse–parent communication in the NICU is limited.

Parents' emotional needs are high in the NICU. Most parents exhibit elements of a grief response, such as numbness, anger, resignation and a search for meaning (2). A sudden deterioration or unpredictable alteration in the medical condition of the infant acutely increases parents' need for emotional support. In addition to being an important

source of information, nurses can also give emotional support to the parents (3). Not surprisingly, the relationship parents have with the nurses caring for their infant is a significant factor affecting their satisfaction with their NICU experience (4). By responding to the feelings of parents with understanding and empathy, caregivers can help the parents cope with their situation. However, interacting with parents in distress and handling emotional reactions such as disbelief, disappointment, recriminations and anger is both stressful and demanding. In general, NICU nurses lack specific training in communication skills. In addition, there is a

Key notes

- In this study, a novel method was used for quantitative analysis of the content of nurse–parent conversations.
- A course in communication skills improved the ability of neonatal nurses to respond to parents' feelings with empathy and made them more attentive to parents' well-being.
- The nurses felt the course was very useful for their daily work and increased their confidence in communicating with parents.

Abbreviations

NICU, neonatal intensive care unit; SEM, standard error of the mean.

paucity of information on the ability of nurses to recognise and respond to emotions expressed by parents.

Although paediatric patients and their parents emphasise the importance of empathy during consultations (5), studies addressing the ability of caregivers to identify and respond to parents' emotions in the paediatric setting are lacking. Studies on adult patients have shown that physicians and other medical staff rarely respond with empathy to the feelings of their patients. In two studies on cancer patients, oncologists were found to respond empathically to only 10–22% of empathic opportunities, defined as negative emotions expressed by patients (6,7). In another study, oncology physician assistants, nurse practitioners and nurse clinicians responded to patients' emotions with empathic language 30% of the time (8). Similarly, physicians responded to empathic opportunities during routine primary care and surgery office visits in 15–21% of primary care cases and in 38% of surgical cases (9,10).

Communication can be considered a key clinical skill (11). It has been shown that communication problems are not resolved by time or clinical experience (12). Inadequate training in communication skills is a major factor contributing to high rates of burnout and psychological morbidity among oncologists (12). Training courses in communication techniques can significantly improve the communication skills of healthcare providers and their ability to respond empathically to patients' expressions of negative emotions (12–17). To our knowledge, there are no previous studies on communication skills training in neonatology.

We studied whether an interactive course in communication skills that allowed neonatal nurses to practice handling difficult communication situations in the NICU influenced the content of nurse–parent interactions and the ability of the nurses to respond to the empathic needs of parents.

MATERIALS AND METHODS

The study was approved by the Ethics Committee for Human Studies at Gothenburg University, Gothenburg, Sweden.

Setting

The study was conducted at the level III NICU of a university hospital that treats about 1000 newborns per year, including extremely premature and critically ill infants transported from other hospitals in the region. The unit has 22 beds divided into two intensive care rooms and two intermediate care rooms and a staff of about 120 doctors and nurses. It has a high turnover of patients, often leading to a high workload for doctors and nurses.

Course in communication skills

The communication course consisted of a two-hour interactive lecture and one-day practical workshop. The lecture consisted of an overview of the communication needs of NICU parents and basic information about important communication skills in various clinical settings, as well

as of the importance of involving parents in the care of their infants, giving parents emotional support, identifying parents' emotions and responding to them with empathy.

The workshop consisted of small group discussions with three to four nurses and two facilitators (EH, HLK or KB). At the beginning of the workshop, the participants watched and discussed a few examples of video recorded communication situations based on adult case scenarios from Communication Skills in Clinical Practice (Health Education and Training Inc., Toronto, Ontario, Canada). The main part of the workshop consisted of discussing and practicing 16 difficult communication scenarios in the NICU that were based on real cases experienced or witnessed by the authors (EH, HLK and KB) during their careers as neonatologists. The cases included scenarios such as communicating with a parent dissatisfied with his infant's care; with parents upset about lack of information about their child's medical condition; with parents who are disappointed because their infant's transfer to another hospital is delayed; with parents who are distressed by their infant's deterioration; and with parents demanding information about results of medical examinations that nurses are not competent to discuss. The scenarios were given in written form to the nurses at the beginning of the workshop. After reading the scenario, the nurses discussed the case and suggested possible ways to deal with the communication issues. The items discussed included how to take into account parents' needs in the NICU, how to enhance their participation in the care of their infant, identifying and responding to the feelings that parents expressed, how to give information, the professional role of nurses, who should inform parents about different issues, and how to handle their own feelings. The nurses were also encouraged to express the feelings that the communication situations evoked in them. The course was learner-centred, and the mentors' role was to encourage the nurses to suggest and discuss ways to deal with the difficult communication situations.

Nurses

The nurses working in the NICU were informed about the present study, which included a course in communication skills, audio recording of nurse–parent interactions before and after the course and a questionnaire addressing the nurses' perceptions of the quality and usefulness of the course for their daily job at the NICU.

Seventeen nurses volunteered to participate in the study and signed the informed consent form. Conversations between these nurses and parents were audio recorded before the nurses participated in the course. Due to maternity leave, illness, moving to another city or not working clinically after the course, four of the nurses could not be audio recorded after the course and were therefore excluded from the analysis. A total of 13 nurses were thus included in the study. The mean age of the nurses was 47 ± 2.9 years (median 44 years, range 28–60 years). They had been working in a neonatal unit for 12.8 ± 2.3 years (median 11 years, range 3.5–25 years).

Parents

All parents who had an infant at the NICU were eligible to participate in the study except parents with insufficient knowledge of the Swedish language to be able to converse with the nursing staff without an interpreter. 31 families (62 parents) and 34 families (68 parents) were given information about the study before and after the course, respectively. Of these, 26 families (84%, 52 parents) and 30 families (88%, 60 parents) agreed to participate and signed the informed consent form before and after the course, respectively.

Presence of parents at the NICU

After the birth of a sick infant, both parents are given parental leave in Sweden for the whole duration of the hospitalisation so that they are able to spend time in the NICU with their infant. Accordingly, both parents were present during many nurse-parent conversations. Both parents were present in 67%, just the mother in 17%, and just the father in 17% of the precourse conversations. Both parents were present in 49%, just the mother in 40% and just the father in 11% of the postcourse conversations. In cases where both parents were present, they were usually active in the conversations at the same time, completing one another's comments or questions. Their word counts were therefore combined when the conversations were analysed.

Characteristics of infants

The mean gestational age and birth weight of the infants whose parents participated in the precourse encounters were 33 weeks + 5 days $\pm$ 1 week + 4 days (median 35 weeks + 5 days and range 25 weeks + 6 days to 42 weeks + 0 days) and 2580 g $\pm$ 266 g (median 2595 g and range 870–4670 g), respectively. The infants whose parents participated in the postcourse conversations had a mean gestational age and birth weight of 35 weeks + 1 day $\pm$ 1 week + 1 day (median 33 weeks + 3 days and range 23 weeks + 4 days to 42 weeks + 3 days) and mean birthweight of 2263 g $\pm$ 327 g (median 1698 g and range 670–4845 g), respectively. These differences were not statistically significant.

Audio recording

Nurse-parent encounters were recorded before and after the communication course by HW, HK and ML. These encounters could be any conversations between the nurses and parents, except interactions occurring during critical situations such as a dying baby or an ongoing resuscitation. In these cases, the authors felt that audio recording would have interfered with the parents' need for privacy, detracted from their concentration on the infant's condition, or otherwise burdened the parents, and would therefore have been unethical.

The nurses' names were coded, so that their identity was not disclosed. The names of infants and parents were not recorded. The audio recordings were transcribed verbatim, and the transcriptions were analysed blindly and independently by four of the authors (KB, HW, HK, ML).

Data analysis

Classification of words in the conversations

All expressions in the transcribed conversations were classified into the following five categories, and the words in the expressions were counted separately by each person analysing the transcriptions:

- 1 Physical: expressions directly related to the child's illness and care, for example nursing care, nutrition, equipment or laboratory tests.
- 2 Practical: expressions of practical aspects not directly related to the care of the infant, such as information on hospital rules, insurance, times of rounds or times and other practical issues related to moving the baby to other hospital or to home healthcare.
- 3 Psychological: expressions of feelings such as distress, frustration, disappointment or sadness.
- 4 Social: expressions concerning the life of the family outside of the hospital, for example finances, work, siblings, grandparents or friends.
- 5 Small talk: expressions about issues such as the weather, shopping or current events.

The mean number of words was calculated from the tallies obtained by the four authors who analysed the transcriptions.

Empathic opportunities

The number of empathic opportunities, defined as expressions of emotions, stressors or concerns, was counted independently by four of the authors (KB, HW, HK, ML). The nurses' responses to each empathic opportunity were classified independently by each author as belonging to one of the following categories:

- 1 Empathic response: the nurse recognised the parent's feeling, understood the reason for the feeling and responded by acknowledging the feeling (15).
- 2 Exploring response: in situations where the feeling of the parent and/or its cause were unclear, the nurse asked follow-up questions to find out what the parent was feeling and what caused him or her to feel that way (15).
- 3 Generalising response: the nurse generalised the parent's feeling, for example by saying 'most parents feel like that' or 'parents get used to it'.
- 4 Ignoring response: the nurse ignored the parent's expression of emotion and changed the subject or ended the conversation.
- 5 Giving inadequate advice: the nurse gave advice to the parent without addressing the parents' feeling or its cause.

In the rare cases where the authors' assessments of the empathic responses were different, disagreements were discussed by these four authors as a group, and final decisions were made by consensus (8).

Expressions of interest in the parent's well-being

The nurses' spontaneous expressions of interest in the well-being of parents were also counted by the authors. These

expressions were either statements expressing caring for the parents or questions about how the parents were doing or coping. The questions were classified as closed, that is questions that can be answered with yes or no, or open, that is questions inviting other answers.

Engaging parents in the care of the infant and giving feedback

Expressions used by the nurses to engage parents in the care of their infant were counted by the authors and classified as an encouragement or command/order. The care could be any intervention such as changing the diaper, bathing the infant, breastfeeding, giving a nasogastric tube feed, taking the baby out of the isolette, holding the baby skin-to-skin etc. Expressions of positive feedback given by the nurses to parents participating in their infant's care were also counted.

Questionnaire

One and six months after the course, the nurses were given a questionnaire consisting of eight questions. Some of the questions could be answered with a five-step Likert-like scale, and others with yes/no/don't know. The nurses were encouraged to write freely worded comments after each question. In addition, they were asked to write general comments about the course.

Statistical analysis

The data are presented as means $\pm$ SEM. For comparisons between the number of words in the conversations, the two-tailed Mann-Whitney test was used. The two-tailed Wilcoxon signed-rank test was used to compare the performance of individual nurses before and after the course. The relation between categorical variables was analysed using the two-tailed Fisher's exact test. A p value of < 0.05 was considered significant.

RESULTS

Content of nurse-parent communication in the NICU

We analysed 36 and 45 nurse-parent encounters audio recorded before and after the communication course, respectively.

The mean total numbers of words used by the nurses and parents in conversations before and after the course are shown in Figure 1A. The nurses talked much more than the parents during conversations both before and after the communication course. However, the difference was smaller after the course than before the course. The mean ratio between the nurses' number of words and the parents' number of words in the conversations was 3.7 ± 0.7 before the course and 2.0 ± 0.2 after the course ($p = 0.003$), implying that the nurse-centredness of the conversations decreased after the course.

Not surprisingly, the conversations mostly concerned the illness and care of the infant (*i.e.* words classified as 'physical'), followed by practical issues not directly related to the infant's care, such as times, schedules, hospital rules

(classified as 'practical') (Fig. 1A). In both of these categories, the nurses used more words than the parents both before and after the course (Fig. 1A). Relatively few words in the conversations were in the categories 'psychological', 'social' and 'small talk' (Fig. 1A). The percentual distribution of the words for the precourse and postcourse conversations is shown in Figure 1B. 70–80% of the words in the conversations addressed the infants' illness and care, whereas 10–15% were related to practical matters. The percentage of words that addressed psychological issues increased for both nurses ($p = 0.0026$) and parents ($p = 0.011$) after the course (Fig. 1B).

The percentual distribution of words in the various categories (physical, practical, psychological, social and small talk) before and after the course was also analysed separately for each nurse (Fig. 1C) to see whether the course made a difference to what the nurse talked about. On average, each individual nurse spoke more about psychological matters after the course than before ($1.7 \pm 0.8\%$ before and $6.4 \pm 1.8\%$ after the course, $p = 0.0046$). The nurses' use of expressions belonging to the category 'social' likewise increased from a mean of $0.9 \pm 0.5\%$ to $2.1 \pm 0.5\%$ ($p = 0.039$). Their use of language belonging to the category 'small talk' increased from $1.7 \pm 0.6\%$ to $3.3 \pm 0.8\%$, but this difference did not reach statistical significance ($p = 0.057$). No significant differences were found in the other word categories when the nurses' performances before and after the course were compared.

Responses to empathic opportunities

The total number of empathic opportunities in the conversations was 62 before the communications course and 84 after the course. Thus, the mean number of empathic opportunities per conversation was 1.7 ± 0.4 before and 1.9 ± 0.4 after the course. This difference was not statistically significant ($p = 0.25$).

Overall, the nurses responded to 12.9% of the empathic opportunities with an empathic response before the course. The percentage of empathic responses increased to 42.9% after the course (Fig. 2A). Exploring the causes of the feelings expressed by the parents was rare at 3.2% prior to the course but increased after the course to 19.0%. The percentage of generalising was very similar before and after the course (16.1% and 14.2%, respectively). Before the course, the most prevalent response to empathic opportunities was ignoring (46.8%). This response decreased to 15.5% after the course. Likewise, giving inadequate advice likewise decreased from 21.0% before the course to 8.3% after the course (Fig. 2A).

To assess whether the course modified the individual nurses' responses to empathic opportunities, the responses to feelings expressed by the parents in the precourse and postcourse conversations were analysed separately for each nurse (Fig. 2B). As empathic and exploring responses can be considered equally valid responses to empathic opportunities (15), these responses were combined in this analysis. The use of these responses increased significantly

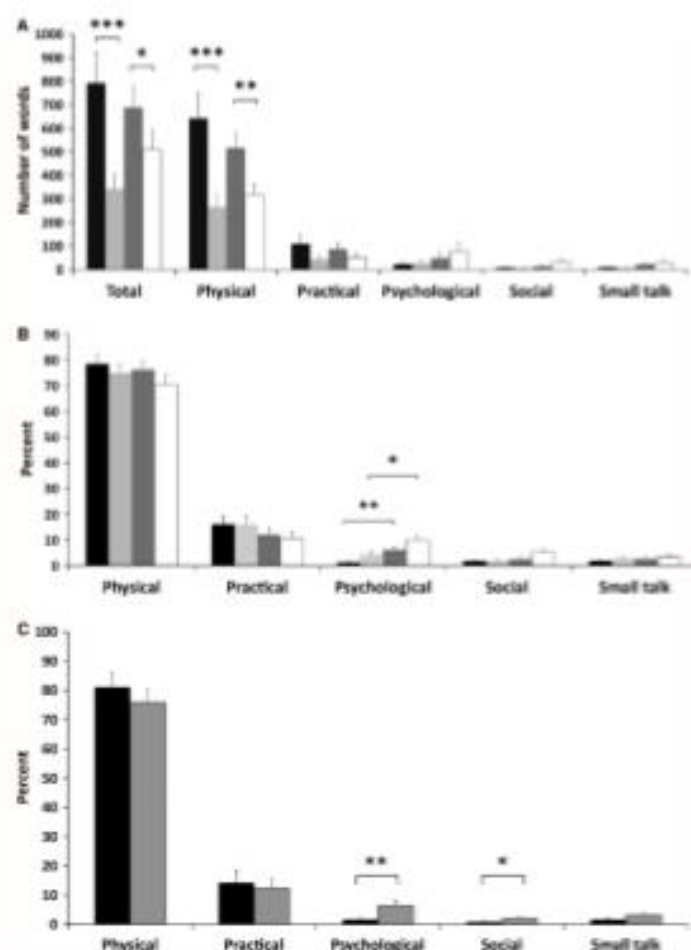


Figure 1 The number of words in the precourse and postcourse conversations (A) and their percentual distribution (B) in the different categories. (A) and (B): Black, nurses before the course; light grey, parents before the course; dark grey, nurses after the course; white, parents after the course. ***, $p < 0.0001$; **, $p < 0.01$; *, $p < 0.05$, Mann-Whitney test. (C) Pairwise comparison of the precourse and postcourse percentages of words in the different categories for each individual nurse. Black, nurses before the course; dark grey, nurses after the course. **, $p < 0.01$; *, $p < 0.05$, Wilcoxon signed-rank test.

($p = 0.027$). The use of a generalising response, a less than optimal way of responding to an empathic opportunity, was similar before and after the course (Fig. 2B). Ignoring the empathic needs of parents by changing the subject or not answering at all and giving inadequate advice without recognising the parent's emotion or its cause are both poor responses to the empathic needs of parents; these inferior responses were also combined. The use of these responses decreased after the course ($p = 0.043$) (Fig. 2B).

Notably, the nurses' use of empathic or exploring responses did not correlate with their age or length of NICU experience (data not shown). Nor did the age or

clinical experience of the nurses influence the degree to which their use of empathic or exploring responses was modified by the communication course (data not shown).

Involving parents in the care of their infant

It is important for the parents of infants in the NICU to be able to participate in the care of their infant, both in order to enhance parent-infant bonding and to enable the parents gradually to take over care, so that they can eventually make a smooth transition to home. To assess whether the communication course modified the way in which the nurses invited parents to participate in the care of their

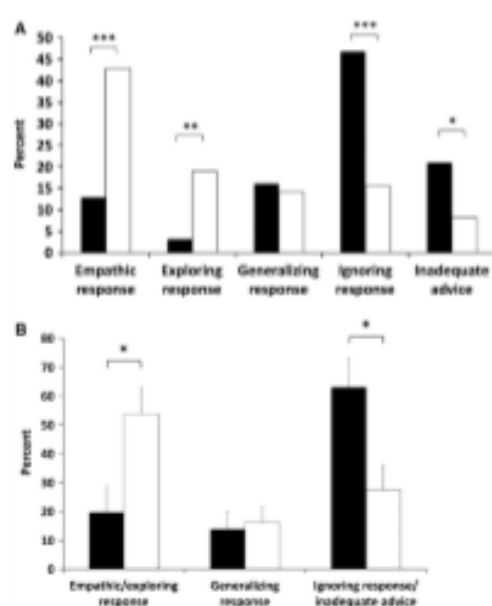


Figure 2 The nurses' responses to empathic opportunities in conversations audio recorded before and after the course. Black, pre-course conversations; white, post-course conversations.

infant, we counted and analysed the expressions nurses used to involve the parents in care. The mean number of such expressions was 2.8 ± 0.5 and 3.6 ± 0.5 per conversation for the pre-course and post-course conversations, respectively. This difference was not significant ($p = 0.3$).

To assess whether the course modified individual nurses' ways of involving parents in the care of their infant, we analysed the frequency at which each nurse encouraged or ordered the parents to care for their baby prior to and after the course. The number of times the nurse used encouragement or ordering was calculated for each conversation. To standardise for the variable length of the conversations, these numbers were divided by the number of words in the conversations. Encouraging parental participation increased after the course ($p = 0.027$) (Fig. 3), whereas the use of commanding expressions did not change significantly (Fig. 3). The frequency of expressions used to involve the parents in the care as well as the use of positive feedback tended to increase, but the differences were not statistically significant (Fig. 3).

Nurses' spontaneous expressions of interest in parents' well-being

Attention from nurses may help parents cope with the stressful environment of the NICU. To assess whether the course had an impact on individual nurses' use of expres-

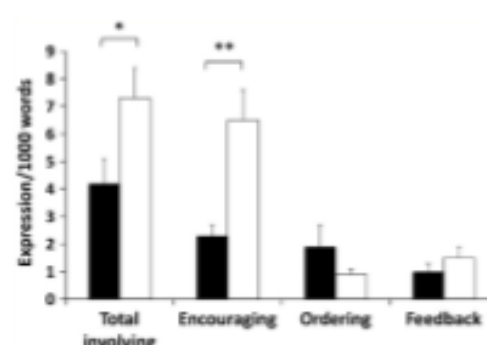


Figure 3 The nurses' use of expressions involving the parents in the care of their infant in conversations audio recorded before and after the course. The number of expressions were calculated per 1000 words to standardise for the variable length of the conversations. Black, pre-course conversations; white, post-course conversations. **, $p < 0.01$; *, $p < 0.05$. Mann-Whitney test.

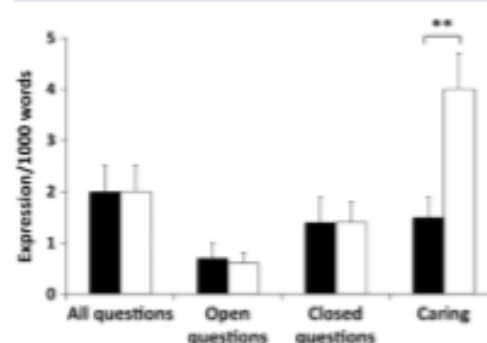


Figure 4 The number of questions the nurses asked about how parents were doing and nurses' statements expressing caring for the parents in conversations before and after the course. To standardise for the variable length of the conversations, the number of expressions were calculated per 1000 words in the conversations. Black, pre-course conversations; white, post-course conversations. **, $p < 0.01$. Mann-Whitney test.

sions of interest in the parents' well-being, we counted the number of times each nurse expressed caring for the parents or addressed a question to the parents about how they were doing or coping in the pre- and post-course conversations. Statements expressing caring for the parents included comments such as 'Let me fetch you a chair so that you can sit down' or 'I'll put the blanket over your lap so that you can be more comfortable'. Questions were classified as open or closed. To calculate the frequency of these expressions of interest in the encounters, the number of expressions was calculated per 1000 words in the conversation (Fig. 4). The course did not change the frequency of questions addressed to the parents about how they were doing. Both before and after the course, the majority of the questions addressing the parents' well-being were closed

Table 1 The nurses' answers to the questionnaire. The percentages of the answers received one and six months after the course have been combined

Questions with Likert-like scale	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
How satisfied were you with the course in communication techniques?	0	0	0	9	91
How useful was the course for your job in the NICU?	0	0	0	4.5	95.5
Questions with Yes/No answers	No (%)	Yes (%)	Don't know (%)		
Did the course increase your knowledge of what communication is and of the elements that communication consists of?	0	100	0		
Has the course had an effect on the way you communicate with parents?	0	100	0		
Has the course made you more confident in your professional role when communicating with parents?	22.7	77.3	0		
Has the course made it easier for you to talk with parents of other things besides the child's care?	81.8	18.2	0		
Has the course influenced the way you communicate with colleagues and other personnel in the NICU?	45.5	50	4.5		
Do you feel that you would need more training in communication techniques?	27	64	9		

The number of nurses is shown with the percentage in parentheses. For the Likert-like scale, 1 = very dissatisfied or entirely useless; 5 = very satisfied or very useful.

ones (Fig. 4). The use of open questions tended to increase after the course, but the difference was not statistically significant. In contrast, the nurses' use of phrases expressing caring for the patients was significantly higher after the course than before ($p = 0.0034$) (Fig. 4).

The nurses' opinions of the communication course

To assess the nurses' opinions about the course, they were given a questionnaire containing questions about the course one and six months after the course. At both times, 11 of the 13 nurses answered the questionnaire. Their answers were very similar at one and six months, and the results of both time points are combined in Table 1.

Satisfaction with the course

At both one and six months after the course, 10 of the 11 nurses were very satisfied with the course (Table 1). In their freely worded comments, most stated that the course had enhanced their awareness of the major importance of communication for their job and had given them useful tools for their daily work in the NICU.

Learning communication skills was an incredible opportunity to develop professionally in one's role as a nurse.

I can understand communication and its importance in a new way. My work is based on communication. Good communication is the route to confident parents.

The combination of theory about communication techniques and clinical case scenarios was great.

The discussions in small groups were great. Everybody could express their opinions.

Usefulness of the course and its effect on the nurses' communication with parents: reflecting about communication situations and listening skills

The nurses reported that the course had been very useful for their work in the NICU, and all of them felt it affected their way of communicating with parents (Table 1).

Several nurses stated that the course had helped them to be more structured in their conversations and that they had started to think beforehand about the best way to bring up the subjects they needed to discuss. They had also started to reflect upon the way of communication that worked best for them in different situations. They commented that they were more aware of the importance of nonverbal communication, such as body language, together with privacy and the setting in which a conversation takes place. Some of the nurses felt that the course had made them think more about how to make parents feel welcome at the unit. The nurses felt that the course had made them more attuned to parents' needs and had taught them to listen to parents, letting them express themselves before intervening.

I have learned to be more sensitive to parents and to listen more to what parents have on their minds. Sometimes it is difficult for them to say what they are worried about.

I try to take a more passive role and let them express what they think.

I think more than before about what I say and how it influences parents.

On the other hand, one of the nurses commented that when the stress level and work load at the unit were very high, it was difficult for her to practice the communication skills she had been taught on the course.

Professionalism and confidence in communicating with parents and handling parents' questions and emotions

Most of the nurses felt that the course had increased their confidence in communicating with parents (Table 1). In their freely worded comments, many nurses stated that the communication course had helped them feel more comfortable talking to parents. They also felt it was easier for them to listen to parents and to tolerate silence instead of intervening immediately when there was a pause in the conversation.

The course had also made some of the nurses more secure in their professional role. For example, they felt that they could admit to parents that some questions were outside their area of expertise. Some nurses commented that they did not feel compelled to speak as much as before about medical issues. In addition, some nurses felt it had become easier for them to end a conversation because of lack of time and schedule a follow-up conversation with parents.

I have learned to say: I don't know but I'll find out and will get back to you.

I have learned to limit the information I give to what I know and can give answers about.

I am no longer afraid of short encounters with parents when I am in a hurry. It has been difficult for me to end them, and I have received tips about how to do it.

In their freely worded comments, several nurses wrote that the course had helped them handle parents' worries and distress. They felt that they took more time to listen to the parents and that they were more prepared to ask the parents how they could help. They also said that the course had made them more comfortable in responding to and eliciting parents' expressions of emotions without taking them personally. They felt that the course had made it easier for them to speak with parents about emotionally difficult subjects without becoming too deeply emotionally involved and that this confidence had lessened their own fear and anxiety in the face of difficult conversations. A major aspect the nurses reported having learned was consciously responding with empathy to parents' expressions of emotions or stress.

I talk more about how parents feel.

I find it easier to encounter strong feelings on the part of the parents. I take them less personally than before.

Do you feel the need for more education in communication?

Most of the nurses felt that they needed more training in communication (Table 1), and several nurses would have liked a refresher course with a similar set-up to the present one. They also felt that all the nurses, and also the physicians at the unit, should be given the possibility to take the course. One nurse commented that the course should be compulsory for all personnel involved in the care of the infants. Some nurses wrote that they would like to have a longer course with more clinical cases. Some nurses also wished to have continuous mentoring in communication at the NICU, and some wanted training in communicating with families from other cultures.

Communication with parents is a central part of our work and we need continuous teaching in communication skills.

DISCUSSION

In the present study, a communication course was given to nurses working at a level III NICU. The content of nurse-parent interactions at the NICU, the way the nurses responded to the parents' feelings, their spontaneous expressions of interest in the parents' well-being, as well as the ways in which they involved parents in the care of their infant were analysed in audio recorded conversations of the nurses with parents before and after the course.

To quantify the content and orientation of the conversation, we classified all expressions in the conversations into five categories – physical, practical, social, psychological and small talk – and counted the words in the expressions. Although the nurses spoke more during the conversations than the parents both before and after the course, the postcourse encounters were less nurse-centred than those recorded before the course. As expected, the major part of the conversations dealt with the infant's illness and care. The second-largest part concerned practicalities such as hospital rules and schedules. Other areas, including psychological aspects or social matters such as the family's life outside of the hospital, were rarely talked about. The nurses talked more about psychological and social issues after the course than before. There was almost no small talk in the encounters. Previous studies have suggested that the use of small talk or chatting may be important in initiating and enhancing positive interactions with parents (18). It is possible that the nurses were too busy to bring up issues not directly related to the infant's illness or care. On the other hand, the parents might have felt reluctant to talk about such things so as not to draw the nurse's attention away from the infant (19).

The nurses responded empathically to only 13% of the feelings expressed by parents in the conversations audio recorded before the course. This result is consistent with previous studies on cancer patients, which demonstrated that physicians and nurses rarely respond to patients' emotions with empathy (6–10). After the course, the nurses responded to 54% of the patients' emotions with empathy, meaning that the use of empathic responses more than tripled. In addition, the nurses explored the causes of the parents' feelings much more often after the course than before. Before the course, almost half of the emotions expressed by parents were ignored by the nurses, whereas after the course only 16% were ignored. The use of empathic or exploring responses was also significantly higher after the course when analysed separately for each nurse, whereas ignoring the parents' feelings or giving inadequate advice decreased.

Parents appreciate nurses who see them as individuals and show an interest in them, whereas those who treat parents as irrelevant or 'just another parent' are perceived as ineffective communicators (3). We analysed how often the nurses expressed caring for the parents or asked questions about how they were doing or coping. After the course, there was a highly significant increase in the nurses' use of statements that showed caring for the parents.

Promoting parenting skills and involving families in the care of their hospitalised infant is important for parents (20). Missed opportunities to participate in the care of the infant can increase parental anxiety and sadness (21). Parents perceive encouragement and politeness and a respectful attitude on the part of nurses as effective communication strategies, whereas demanding or commanding is perceived as ineffective (3). Mothers also value being given positive feedback about their parenting (3). We analysed how often, and in what way, the nurses asked the parents to provide care for their infant as well as how often positive feedback was given. Although the nurses mostly asked the parents politely, and did not impose, in some cases nurses' instructions were expressed as orders. The use of kind encouragement was more common after the course than before. The frequency of giving positive feedback was not changed by the course.

The nurses who participated were very satisfied with the course. They felt that it had increased their awareness of the importance of communication in their work and influenced their way of communicating. Many nurses thought that the course had enhanced their listening skills. In agreement with the quantitative results of the study, most nurses felt that they were more comfortable encountering parents' emotions and responding to them after the course than before. The nurses reported that this confidence had lessened their fear and anxiety in facing difficult conversations. This is important, as poor communication is a major source of stress for nursing staff in intensive care units (22). Many of the nurses thought that the course should be obligatory for all personnel. They also wanted to participate in a follow-up course.

To our knowledge, this is the first quantitative study about the content of nurse-parent encounters in a NICU. Previous studies addressing the ability of neonatal nurses to identify and respond to parents' emotions are also lacking. We were able to show that a brief course in communication techniques significantly improved the nurses' performance in this respect.

The nurses volunteered to participate in the study and agreed to be audio recorded and thus represented a motivated group interested in learning communication skills. The results of the study therefore cannot be generalised to an unselected group of nurses. In addition, the nurses were from only one hospital, so the results cannot be generalised to other settings. The study had a short follow-up period, as the postcourse conversations were audio recorded within 2 months after the communication course. We therefore do not know whether the skills learned during the course were persistent. We were not able to account for empathic opportunities expressed nonverbally for example with body language or tone of voice, nor were we able to analyse possible nonverbal communication expressing empathy, such as giving a hug.

CONCLUSIONS

Although communication with parents is an important part of nursing care in the NICU, neonatal nurses have generally

not been trained in communication skills. We have shown that a short course in communication techniques improved the capacity of neonatal nurses to respond with empathy to feelings expressed by parents and made them more attentive to parents' well-being. Better communication skills may make the NICU experience more satisfactory for parents and at the same time decrease the stress of nurses working at the NICU. In addition, better nurse-parent communication is likely to promote parents' participation in the care of their infant and thereby make neonatal care more family-centred.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank the nurses and families who participated in this study.

FINANCIAL SUPPORT

This study was supported by grants from the Swedish Heart and Lung Foundation, the Frimurare Barnhus Foundation and the Swedish Research Council for Clinical Research in Medicine.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

References

- De Rouck S, Leys M. Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: a review of the literature (1990-2008). *Patient Educ Couns* 2009; 76: 159-73.
- Whitfield MF. Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Semin Neonatol* 2003; 8: 185-95.
- Jones L, Woodhouse D, Rowe J. Effective nurse-parent communication: a study of parents' perceptions in the neonatal environment. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 206-12.
- Reis MD, Rempel GR, Scott SD, Brady-Fryer BA, Van Aerde J. Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010; 39: 675-83.
- Zwaanwijk M, Tates K, van Dulmen S, Hoogerbrugge PM, Kamps WA, Beishuizen A, et al. Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: a vignette study on child patients', parents', and survivors' communication preferences. *Psychooncology* 2011; 20: 269-77.
- Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1853-8.
- Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, et al. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25: 5748-52.
- Alexander SC, Pollak KI, Morgan PA, Strand J, Abernethy AP, Jeffreys AS, et al. How do non-physician clinicians respond to advanced cancer patients' negative expressions of emotions? *Support Care Cancer* 2011; 19: 155-9.
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient cues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284: 1021-7.

10. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1731-9.
11. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 650-6.
12. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363: 312-9.
13. Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 2010; 21: 204-7.
14. Maguire P, Pileathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.
15. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-11.
16. Tulskey JA, Arnold RM, Alexander SC, Olsen MK, Jeffreys AS, Rodriguez KL, et al. Enhancing communication between oncologists and patients with a computer-based training program: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2011; 155: 593-601.
17. Buckman R. Communications and emotions. *BMJ* 2002; 325: 672.
18. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. 'Chatting': an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *J Adv Nurs* 2001; 33: 583-93.
19. Padden T, Glenn S. Maternal experiences of preterm birth and neonatal intensive care. *J Reprod Infant Psychol* 1997; 15: 121-39.
20. Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics* 1993; 92: 643-50.
21. Cockcroft S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *J Neonatal Nurs* 2012; 18: 105-10.
22. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: american college of critical care medicine task force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007; 35: 605-22.

Anexo VI – Artigo “Percepção de país e enfermeiros sobre cuidados de
Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa”.

Parents' and nurses' perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review
Percepción de padres y enfermeros sobre la atención de enfermería en neonatología – una revisión integradora

Catarina Renata Ribeiro^{*}; Cristina Maria Moura^{**}; Catarina Sequeira^{***}; Maria do Céu Barbieri^{****}; Alacoune Lorenzini Erdmann^{*****}

Contexto: A admission de um Recém-Nascido (RN) numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) requer dos enfermeiros competências especializadas, de modo a considerar não somente os aspetos biológicos do RN, mas centrando o cuidar no binómio RN/mãe.

Objetivo: Conhecer a realidade científica sobre os cuidados de Enfermagem experimentados em UCIN, na percepção dos enfermeiros e dos pais dos EN durante o período de internação sem o cuidado.

Metodologia: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Elegem-se a plataforma EBSCOhost e selecionaram-se as bases bibliográficas científicas: CINAHL, MEDLINE e Cochrane. Os estudos científicos publicados em bases de dados de referência, entre 2004-2013, foram selecionados com critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Resultados Incluídos nove estudos que resultaram diversidade de percepções sobre os cuidados de Enfermagem. A análise das causas apontou aspectos negativos ou positivos em três temas: relação enfermeiro, humanização dos cuidados e sofrimento.

Conclusão: As evidências, neste estudo, mostram que os pais que têm um EV internado em UCI¹ experimentam uma grande sobrecarga emocional, necessitam de receber informações e apoio dos enfermeiros.

Palavras-chave: recém-nascido; enfermagem neonatal; serviços neonatais; neonato; mãe.

References

Background: The admission of a Newborn (NB) to a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) requires specialized skills from nurses in order to not only assess the NB's biological features, but also focus care on the NB's

Objectives: To analyze the scientific evidence on the Fleming cure experienced as VHA's from the perspective of nurses and patients of VHA during their hospital stay as their units.

Metabology: An integrative literature review was conducted. The following databases were searched in the EBSCOhost platform: CINAHL, MEDLINE and Cochrane. Scientific studies published in databases of reference from 2004 to 2015 were selected based on previously defined inclusion and exclusion criteria.

Results: Nine studies which emphasized the diversity of perceptions of care were included. The analysis of these studies allowed organizing the results into three themes: therapeutic relationship, humanization of care and suffering.

Conclusion: The evidence obtained in this study suggests that parents of NIEs identified as NIEs experience a great emotional overload and need to receive information and support from nurses.

Keywords: inflex, newborn, neonatal crying, intensive care, neonatal resuscitation, parents

Contexto: La adición de un Entón Pacífico (EP) en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) requiere que los enfermeros usen competencias especializadas con el fin de tener en cuenta no solo los aspectos biológicos del EP, sino considerando la atención en el bienestar EP madre.

Objetivos: Conocer la ordenación científica sobre la atención de enfermería especializada en las UCIN, en la paragonía de los enfermeros y de los padres de los NI durante el período de internamiento hospitalario en estas unidades.

Metodología: Se realizó una revisión integradora de la literatura. Para ello, se consultó la plataforma EBSCOhost y se seleccionaron las bases bibliográficas electrónicas CINAHL, MEDLINE y Cochran. Los estudios científicos publicados en las bases de datos de referencia, entre 2004 y 2013, fueron seleccionados con criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Realizadas: Se incluyen nueve revistas que muestran una diversidad de perspectivas sobre la atención de enfermería. El análisis de estas revistas permitirá organizar las revistas en una única relación temática, humanizando de la atención y educando.

Conclusión: En este estudio, las evidencias indican que los padres que tienen un EY integrado en una UCM experimentan una gran satisfacción emocional y acceden a más información y apoyo de los profesionales.

Palabras clave: recién nacido; enfermedad neonatal; cuidado intensivo neonatal; nortecidil; nádegas.

¹ Documentos, Oficina de Informacion en Universidades de Navarra, Instituto Eclesiastico de Estudios de Navarra (IPEEN), Navarra, Instituto Eclesiastico de Informacion de Navarra (IEIN), Universidad de Navarra (UNED), 31007 Navarra, España (mailto:mariaelena@unav.es). Correspondencia en este sentido de este y los otros, por favor, dirigirla a: mariaelena@unav.es. Dirección por correo electrónico: Navarra, Instituto Eclesiastico de Navarra, 31007 Navarra, España.

¹⁷ Departamento, Oficina de Subseguencia, Gobernación de Porto Rico, Instituto Científico Estadístico del Estado (ICESTAT), Puerto Rico; correo electrónico: Centro.Registro.de.Subseguencias.De.Just.Tribunales.Gobernacion.PR@icestat.gobierno.pr, 809-673-0000, Puerto Rico; www.icestat.gobierno.pr; Dirección de un sitio web en: www.icestat.gobierno.pr.

¹⁷⁷ T. Sauerwald, *Urbane de Jalta, Kolmogorov, Universität de Tübingen* (2012), Tübingen, Alemania; *Donde se agita en Kolmogorov Dr. José Ramón Hernández Hernández* (2012/2013), Tübingen, Alemania; *Investigaciones de la Universidad de Tübingen* (2013/2014), Tübingen, Alemania.

[illegible]

1999 Diccionario Geográfico de Colombia. Universidad Nacional de San Carlos (UNIC), Medellín.
 2000 Universidad Nacional de San Carlos (UNIC), Bogotá. *San Carlos, San José* [en línea]. Disponible en: www.unic.edu.co

Received for publication: 18.02.14

Arctic race published on: 28.08.14

Introdução

O internamento de um filho Recém-Nascido (RN) impõe-se como uma realidade sem barreiras físicas ou cronológicas exigindo um maior nível de intervenção especializada, tanto por parte dos enfermeiros como pelos familiares. As experiências humanas apenas podem ser explicadas na forma como são percebidas, ou seja, a essência do fenómeno através dos olhos da pessoa que o vivencia. Só assim será possível compreender as experiências humanas conduzindo à exploração do fenómeno (Watson, 2002).

Os equipamentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) dos hospitais num ambiente tecnologicamente avançado. A sua finalidade é dar resposta a RN vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado risco de vida, em que as condições clínicas se alteram constantemente. O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia sofisticada, constituindo um foco de ansiedade que é partilhado por enfermeiros e pais (Hockenberry & Wilson, 2011).

A admissão de RN numa UCIN, pode ser traumatizante para ambos, RN e pais. Quando o RN é hospitalizado, este é invadido por procedimentos invasivos, e permanece num ambiente rodeado por sons desconhecidos (monitores que alarmam frequentemente, aspiração), luzes constantes, pessoas estranhas, o que contribui para a despersonalização e para aumentar a ansiedade dos seus pais em relação ao seu estado clínico. Os pais experienciam significativamente stress, ansiedade e desamparo. Assim, hesitantes diante da incerteza do destino dos seus filhos, desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente, as suas reações variam do silêncio ao choro. Muitos pais sentem-se vulneráveis e com medo, uma vez que o internamento vem impregnado da possibilidade constante da ocorrência da morte. Responder às necessidades da família é portanto primordial quando o seu filho é internado na UCIN (Hockenberry & Wilson, 2011).

O impacto que a hospitalização de um RN em UCIN tem sobre a família tem sido amplamente documentado na literatura (Gerafin & Duarte, 2005); a adaptação a uma situação com estas características constitui um processo complexo, com repercussões cujo sucesso vai depender de vários fatores, exigindo

um esforço de adaptação quase constante, na qual os enfermeiros são o sistema de apoio e segurança, sendo detentores de um saber crucial que lhes permite ajudar a ultrapassar momentos difíceis (Ferreira & Castro, 2005).

Nesta perspetiva, Watson reitera que o cuidar é a essência da Enfermagem, a qual apenas se pode demonstrar e praticar de forma interpessoal, o que implica necessariamente o encontro intencional entre duas pessoas com as suas vivências e experiências (Watson, 2002). Importa ainda referir que explicitar a natureza dos cuidados prestados continua a ser uma condição necessária e imperiosa para o reconhecimento de uma identidade profissional (Ferreira & Castro, 2005). A valorização progressiva da Enfermagem revela-se no sentido da procura da qualidade dos cuidados, que tenderá a efetivar-se fruto da constante produção científica realizada, em que cada vez mais as competências são valorizadas no sentido da excelência dos cuidados.

Se fixarmos a nossa atenção no conceito de cuidar, encontramos na literatura o modelo de parceria de Cuidados de Anne Casey, cujo pressuposto da sua teoria é incluir os pais nos cuidados à criança hospitalizada (Casey, 1998). Comprovando a importância desta noção, consideramos este modelo como orientador do nosso estudo, por considerarmos que é muito relevante para o enfermeiro na medida em que, apesar de os cuidados serem centrados no RN, estes integram também os pais como intervenientes no processo de cuidados. O estudo dos cuidados centrados na família tem merecido a atenção de pesquisadores, o que denota a sua importância a nível da Enfermagem. Os diversos trabalhos neste âmbito conduziram a novos dados fundamentais para a compreensão deste construto. Tratando-se de um construto complexo, compreendê-lo e salientar a sua importância implica recuar no tempo. A narrativa da parceria remonta aos finais dos anos 80, com Anne Casey (enfermeira neozelandesa). O contributo desta autora foi de maior relevância, sobretudo porque desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família um modelo de cuidados *Partnership-in-care* (Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey) em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada (Casey, 1998). A autora destaca no seu modelo um princípio fundamental: reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos.

O modelo de parceria de Cuidados de Anne Casey emerge num momento muito peculiar em que se defende uma mudança na filosofia de cuidados de saúde: da evolução de cuidados centrados na doença e aspetos biológicos para uma abordagem holística do ser humano. Brota-se também no sentido de acreditar que as pessoas devem ser responsáveis por si e pela sua saúde e pelos seus cuidados de saúde (quando isso é possível). A intervenção de Enfermagem às populações tende assim a modificar-se: deixa de estar centrada na prestação de cuidados diretos, para formas de cuidados que promovam a sua autonomia. A base deste modelo é o sentimento de negociação e respeito pelas necessidades e desejos do RN/família. A negociação de parceria de cuidados é considerada o nível mais elevado de participação na prática de cuidados: os cuidados são centrados na pessoa com forte comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidados.

O *Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey* tem como objetivo estabelecer relações de igualdade entre os profissionais e os pais. É por isso imprescindível que a enfermeira desempenhe funções de apoio, de ensino, e de encaminhamento dos familiares do RN doente.

No que respeita às estratégias de apoio, o enfermeiro poderá colocar em ação estratégias que permitam aos pais, envolverem-se nos cuidados, no sentido de criarem um ambiente de confiança entre RN/pais/profissionais de saúde. Em relação ao ensino, os enfermeiros deverão encetar um processo de ensino em que partilham conhecimentos e ensinam técnicas apropriadas aos membros da família de modo a que estes possam satisfazer eficazmente as necessidades da criança. Por último, no que se refere à função de encaminhamento, os enfermeiros podem recorrer a outros profissionais de saúde, quando necessário, de forma a garantir a recuperação da saúde da criança e o apoio aos que lhe prestam cuidados (Casey, 1998). O presente estudo surge, assim, com o propósito de refletir sobre a prática de Enfermagem orientada para a seguinte finalidade: contribuir para uma reflexão sobre o cuidar em Enfermagem exercido numa UCIN, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a partir da perceção dos enfermeiros e dos pais dos RN sobre as práticas de cuidado por eles experienciadas na UCIN.

Desenhou-se um protocolo de pesquisa integrativa de estudos tendo uma questão norteadora como ponto

de partida. Como contributo para a resposta à questão de investigação pretendemos identificar e sintetizar a melhor evidência científica, sendo nosso propósito, conhecer a evidência científica sobre os cuidados de Enfermagem experienciados em UCIN, na perceção dos enfermeiros e dos pais dos RN durante o período de internamento nessas unidades.

Partimos do pressuposto que em neonatologia as consequências nefastas da hospitalização como, a separação dos pais, a ansiedade, o ambiente desconhecido, podem ser minimizadas quando o RN é cuidado pelos pais, importa agora compreender o processo metodológico.

Procedimentos metodológicos de revisão integrativa

Considerando a questão de investigação e os objetivos formulados, perspetivou-se uma revisão integrativa por ser uma abordagem metodológica ampla que possibilita a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais e ainda de dados de literatura teórica e empírica. Tendo como propósitos a definição de conceitos, a revisão de teorias e evidências, bem como a análise de problemas metodológicos de um tópico particular, possibilitando conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo (Whittemore & Knafl, 2005). O estudo seguiu as etapas previstas de uma revisão integrativa: formulação da questão norteadora e dos objetivos; estabelecimento de critérios para a seleção dos artigos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; análise dos dados e apresentação dos resultados (Whittemore & Knafl, 2005).

Como forma de pesquisa recorremos aos idiomas português, inglês e espanhol, delimitando a pesquisa de artigos publicados no espaço cronológico entre 2004 e 2015, visto compreender um recorte de tempo mais próximo de toda a realidade.

Para o levantamento bibliográfico elegeu-se a plataforma EBSCOhost e selecionaram-se as bases bibliográficas eletrónicas: CINAHL, plus with full text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Central register of controlled trials, Database of abstracts of reviews of effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, utilizando a língua inglesa como idioma preferencial, sem restrição em relação ao tipo publicação. Para o levantamento do estudo identificámos cinco

descritores: recém-nascido (*newborn*, recém-nascido); enfermagem neonatal (*neonatal nurse*, enfermagem neonatal); terapia intensiva neonatal (*neonatal intensive care*, cuidado intensivo neonatal); percepção (*perception*, percepção); pais

(*parent*, pai/mãe), validados através dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (compatível com Medical Subject Headings - MeSH). Estes foram combinados através das expressões booleanas OR e AND da seguinte forma (Tabela 1).

Tabela 1
Descritores utilizados e respetiva combinação

Descritores	Nº de artigos
(<i>newborn</i> * OR <i>neonate</i> * OR <i>perinatal</i> OR <i>premature</i>) AND <i>care</i> * AND (<i>Intensive Care Unit</i> * OR <i>ICU</i>) AND (<i>perception</i> OR [<i>neonatal</i> - <i>family</i> relation*]) AND <i>parent</i> *	209

A presente revisão teve como questão norteadora: *Qual a evidência científica sobre os cuidados de Enfermagem experienciados em UCIN, na percepção dos enfermeiros e dos pais durante o período de internamento nas unidades?*

Os critérios de inclusão e exclusão da amostra foram selecionados segundo um modelo pré-definido que inclui: participantes, intervenção, comparação, resultados obtidos e desenho do estudo, método designado de PICO (Tabela 2).

Tabela 2
Critérios de inclusão e de exclusão da amostra

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
- Artigos apresentados com texto integral (<i>full-text</i>), com abstract de português;	- Ser uma dissertação ou tese;
- Referir-se a EU ou enfermeiros a populações concretas como pais e/ou enfermeiros;	- Ser um estudo quantitativo;
- Apresentar informação ao nível dos perfis dos profissionais responsáveis de análise: <i>Intervenção</i> (Pais cujos EU experimentaram uma hospitalização numa UCIN/R, pelo menos 14 horas (agiu os procedimentos de emergência e estabilização inicial serem ocorrida), enfermeiros (que exercem funções numa UCIN/R) ou os dois); <i>Intervenções</i> (determinamos estudos que se reportam ao contexto UCIN/R, minutos aos cuidados de Enfermagem), <i>Comparações</i> (quando existentes), <i>Resultados</i> (percepções sobre as vivências e significados atribuídos ao cuidado, durante a hospitalização na UCIN/R) e <i>Desenho de Estudo</i> (a evidência científica ter sido obtida através de abordagens qualitativas) e ainda, uma e autor(es).	- Não serem referentes a unidades de Enfermagem.

Foram incluídos artigos publicados no período de dezembro de 2004 a janeiro de 2015. No sentido de ampliar a procura de estudos, foi realizada a análise de referências dos estudos encontrados nas bases de dados selecionadas, com o propósito de identificar outros estudos que contemplaram os objetivos da pesquisa.

A análise do material foi realizada no período de fevereiro a março de 2015. Num primeiro refinamento de pesquisa, os descritores foram submetidos a cruzamentos entre si, utilizando como estratégia o formulário de pesquisa avançada disponível nas bases de dados supracitadas, foram identificados 209 artigos. Por meio da leitura do abstract e aplicando os critérios de exclusão e inclusão pré-definidos, rejeitaram-se 138 artigos. Através da leitura integral de

cada artigo foram excluídos 62 artigos, selecionando-se nove. No sentido de aumentar a confiabilidade e transparência do processo de pesquisa, e conforme é recomendado, integramos no processo de análise e seleção dos estudos a participação de um pesquisador independente. Desta forma, foram incluídos nove artigos. Tendo como linha orientadora os critérios de seleção enunciados foi realizada análise, avaliação e síntese da evidência empírica.

Resultados e Interpretação

Com vista a uma reflexão crítica, norteadas pelos objetivos, foram discutidos os resultados emergentes do fenómeno em estudo. Daremos especial ênfase

à apresentação e análise de um conjunto de dados e informações que permitam contribuir para conhecer a evidência científica sobre os cuidados de Enfermagem, na percepção dos pais, e dos enfermeiros que prestam cuidados numa UCIN, sobre os cuidados de Enfermagem experienciados por eles naquela Unidade.

Após a avaliação crítica dos estudos, quanto à credibilidade e à relevância dos dados, com recurso a uma grelha previamente elaborada para avaliar o rigor e qualidade dos resultados, verificou-se que todos se reportam a investigações realizadas em contexto clínico. Os cuidados de Enfermagem percebidos pelos pais e enfermeiros foram descritos a partir das experiências vivenciadas pelos dois tipos de participantes.

Refletindo a questão de investigação, definiram-se como critérios de inclusão apenas artigos de estudos com paradigma qualitativo, por se considerarem metodologicamente mais adequados para fornecer evidências, identificação de atributos ou domínios significativos da subjetividade e intersubjetividade das atitudes e comportamentos percebidos pelo enfermeiro e pais sobre o fenómeno ou conteúdo das

experiências de cuidado ao RN.

Dos artigos analisados verifica-se que o número de participantes nos estudos variou entre 6 e 33. Relativamente à orientação paradigmática e ao tamanho da amostra, não se verificaram discrepâncias significativas nos resultados obtidos. Os artigos incluídos foram publicados no espaço cronológico entre 2004 e 2013, e distribuíram-se da seguinte forma em relação ao país de proveniência: três do Brasil, um de Portugal, um dos EUA, um de Inglaterra, um da Noruega, um do Canadá, e um da Austrália. Todos os estudos recolhidos (Tabela 3) apresentam informações relevantes para a resposta à questão de investigação desta pesquisa, uma vez que os dados obtidos descrevem os cuidados de Enfermagem, percebidos e experienciados pelos pais cujo RN esteve internado em UCIN, ou pelos enfermeiros de UCIN. Após a análise, dos distintos estudos, verificou-se a predominância do recurso à entrevista, sendo uma das suas principais vantagens permitir um constatar diretamente com a experiência individual da pessoa (Fortin, 2009). Passamos agora a apresentar uma síntese das evidências encontradas em cada estudo.

Tabela 3

Quadro síntese dos artigos selecionados, segundo FI(C)OD

Autor(a)/ Ano/País	Participantes	Intervenções	Resultados (Quotemas)	Desenho
Marbough, Thelma, e Kirschbaum (2004) EUA	n = 19 10 mães 9 pais	Realizadas entrevistas semiestruturadas, objetivando descobrir as percepções dos pais sobre as competências dos enfermeiros.	Os dados indicam que os pais pretendem que os enfermeiros participem nos aspectos não-médicos do cuidado aos seus filhos.	Qualitativo
Gale, Frank, Koola, e Lynch (2004) Inglaterra	n = 12 pais	Realizadas entrevistas e focus group, no sentido de explorar as percepções dos pais sobre a dor do seu bebé.	Dois grandes temas foram identificados: dor infantil como fonte de angústia dos pais, e o alívio do sofrimento dos pais devido à dor do RN.	Qualitativo Exploratório
Rehm e Cardoso (2005) Brasil	n = 5 enfermeiros (enf)	Realizadas entrevistas, objetivando identificar a opinião da equipa acerca da contribuição da atenção humanizada para a recuperação do bebé de risco.	Os resultados foram organizados em quatro temáticas: humanização, sensibilização, concentração e cuidado.	Qualitativo Descritivo
Silva, Barros, Alves, e Oliveira (2009) Portugal	n = 12 10 mães 2 pais	Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, com o objetivo de identificar as necessidades e momentos de enfrentamento dos pais com filhos RN.	Emergiram categorias de análise: sentimentos emergentes durante a hospitalização do RN, o dia-a-dia da família com RN hospitalizado e apoio/recursos disponíveis durante a hospitalização do RN.	Qualitativo Exploratório descritivo

Pagan e Melzer (2009) Noruega	n = 18 6 mães 6 pais 6 enf.	Realizaram-se entrevistas e observações participantes no sentido de explorar experiências de relacionamento entre pais e enfermeiros.	Proximidade pais/enfermeiros em UCIN é desejável, no entanto, a carga emocional desta proximidade parece ser raramente problematizada.	Exploratório com abordagem hermenêutica
Katz, Rempel, Scott, Brady, Fryer e Van Aerde (2010) Canadá	n = 10 9 mães 1 pai	Realizadas entrevistas semiestruturadas, com intuito de explorar a experiência dos pais e satisfação com o cuidado na UCIN.	A análise dos relatos sugeriu que a relação enfermeiros/pais foi o fator que mais influenciava a satisfação dos pais. Os pais valorizam os papéis de educador e facilitador na interação enfermeiros/pais.	Qualitativo
Pontoura, Pontoura, Cardoso, e Sherlock (2011) Brasil	n = 16 pais	Realizadas entrevistas semiestruturadas no sentido de compreender a experiência de ser pai de RN prematuro internado em UCIN.	Os resultados foram organizados em duas temáticas, com as respectivas categorias: experiência paterna (alegria, confiança, identidade, medo), dúvidas e expectativas (saúde, sobrevivência e alta).	Qualitativo Exploratório- descritivo
Montijo, Jesus, Santos, e Oliveira (2011) Brasil	n = 7 enf.	Realizadas entrevistas semiestruturadas, a fim de compreender como experientiam o cuidado prestado ao RN na presença dos pais.	As categorias emergiram: reconhecer as necessidades dos pais sentem dificuldade em situação de emergência, ser o elo na proximidade entre crianças e pais.	Qualitativo Fenomeno- lógico
Thakoor, Schmidt, Victoria, e Jackson (2011) Austrália	n = 33 enf.	Realizadas entrevistas, e recurso a focus group, a fim de explorar as perspectivas dos enfermeiros, sobre o seu papel na facilitação do cuidado centrado na família na UCIN.	Emergiram quatro temas dominantes: conhecer os pais e os seus desejos, envolvimento dos pais no dia-a-dia durante a prestação de cuidados, encontrar um <i>happy medium</i> e apoiar na transição.	Qualitativo

A percepção das experiências vividas permite a compreensão de diferentes formas de ver o mundo. Um maior conhecimento das vivências da pessoa doente pode ajudar a Enfermagem a obter uma compreensão mais profunda da sua saúde e dos processos de doença, e assim fornecer uma base mais sólida para os cuidados de saúde ou mesmo levar à introdução de novas intervenções de Enfermagem. Os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados, ouvindo o outro. Por este motivo, é importante para os enfermeiros e restante equipa de saúde saber o que os pais dos RN realmente vivenciam e experenciam durante o internamento na UCIN. O processo de síntese baseou-se na análise temática: leitura exploratória de cada artigo para desenvolver uma compreensão do conteúdo e contexto das evidências; análise de conteúdo com identificação dos temas recorrentes ou proeminentes nos diferentes estudos; análise comparativa dos temas recorrentes com integração interpretativa dos resultados em novas categorizações temáticas que englobam e transpõem os significados dos estudos constituintes da amostra (Whitemore & Knafl, 2005). Os estudos analisaram o cuidar em Enfermagem exercido numa UCIN, a partir dos significados das percepções atribuídos pelos enfermeiros e pais dos RN. Seguiu-se a comparação

das evidências encontradas nos artigos procurando temas comuns, frases e conceitos.

Dos estudos analisados, que revelaram a presença e importância do enfermeiro enquanto cuidador de um RN internado em UCIN, o seu papel evidenciou-se nos domínios da relação e da informação/ensino, tendo ora um caráter positivo, ora negativo. Neste sentido constatamos que em quatro estudos esta competência é identificável, estabelecendo-se uma verdadeira relação operacionalizada através das categorias analíticas: apoio à família durante a hospitalização do RN, proximidade estabelecida entre pais/enfermeiros na UCIN, reconhecer o enfermeiro como o elo na proximidade entre crianças e pais, envolvimento dos pais no dia-a-dia durante a prestação de cuidados, apoiar na transição. Três estudos centram-se no aspeto profissional, incluindo comportamentos e atitudes que contribuem para um cuidado personalizado, tais como o apoio à significação atribuída aos cuidados de Enfermagem; enquanto os outros dois focalizam aspetos inerentes ao internamento do RN, enquanto situação de sofrimento, que se impõe aos pais como um processo complexo de adaptação.

Conforme o exposto, da nossa análise surgiu um primeiro modelo teórico de interpretação, revelador de que o foco de atenção principal dos pais era o

RN, sendo que, o papel do enfermeiro tocava todos esses aspetos. Após nova análise, conduziu a uma reformulação das categorias encontradas, gerando três categorias mais abstratas, descritoras dos fatores inferidos nos estudos sobre a percepção dos pais e enfermeiros acerca dos cuidados de Enfermagem em UCIN, baseada na transversalidade que os temas e conceitos apresentam ao longo de todos os estudos. Finalizou-se com a transformação das similaridades em construções sintéticas, representativas de todo o corpo de evidências, para produzir uma síntese integrada num quadro teórico compreensível de todos os estudos. Neste sentido, as evidências comuns foram reunidas em três temas: relação terapêutica; humanização dos cuidados e sofrimento.

Tema 1 - Relação terapêutica

Ao exercer o seu papel, o enfermeiro focaliza a sua intervenção na relação pessoa/ambiente, no entendimento de que o meio envolvente engloba distintos elementos (humanos, físicos). Clientes da relação que constroem com o cliente e a família, a sua formação e experiência na prática clínica facilita a compreensão e respeito pelos outros. Neste sentido, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico que tem por objetivo ajudar o cliente a ser positivo na consecução do seu projeto de saúde. Na prática, no âmbito da Enfermagem em saúde infantil, a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas, conforme nos sugere o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, ou seja, os pais/família. Neste sentido, quando a entidade familiar e o cliente são observados na perspetiva de unidade e como alvo dos cuidados de Enfermagem, livres de juízo de valores, estes são otimizados pela modificação de comportamentos que se tornam compatíveis com a promoção da saúde. A colaboração com a família requer uma relação envolvida em ideias, recursos, valores e formas de resolução de problemas, exercida em conjunto pelo enfermeiro e pais. Neste contexto, esta atitude converge para um modelo de interação familiar onde os enfermeiros são capazes de colaborar com as famílias nos processos de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

Assim, no que concerne à temática relação terapêutica, o papel do enfermeiro junto da família do RN internado, foi identificado ao nível da relação e do ensino/informação.

De algum modo este papel de relação entre enfermeiros e pais foi evidenciado, tanto pelo seu caráter positivo como negativo (Silva, Barros, Abreu, & Oliveira, 2009; Fegran & Helseth, 2009; Merighi, Jesus, Santin, & Oliveira, 2011; Trajkovski, Schmied, Vickers, & Jackson, 2012). Nos achados de alguns autores é perceptível a relação direta e intensa entre os pais e os enfermeiros, durante os períodos de internamento (Silva et al., 2009; Fegran & Helseth, 2009; Merighi et al., 2011; Trajkovski et al., 2012).

Nos seus estudos sobre a relação e experiência dos pais com filhos, RN hospitalizados na UCIN, um dos temas que emergiu das entrevistas é o relacionamento positivo que se estabeleceu entre enfermeiros, pais e RN (Silva et al., 2009; Fegran & Helseth, 2009; Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer, & Van Aerde, 2010). Contudo nem sempre o relacionamento dos profissionais de saúde foi assinalado como positivo ou gratificante; houve pais que verbalizaram uma deficiente relação, pese embora esta seja mais referida no período inicial de hospitalização (Gale, Franck, Koola, & Lynch, 2004; Silva et al., 2009; Fegran & Helseth, 2009).

Nas investigações referentes à experiência de pais com RN internados na UCIN, um dos temas que emergiu das entrevistas e que reflete a essência da experiência é a percepção do comportamento no cuidar da equipa de Enfermagem. Os pais referem que se sentiram bem cuidados, que a empatia dos profissionais os ajudou a comunicar, sentimentos de segurança, confiança e tranquilidade transmitida pelos profissionais, assim como profissionalismo da equipa no domínio das suas competências (Silva et al., 2009; Fegran & Helseth, 2009; Reis et al., 2010). Estes resultados são corroborados com os encontrados em outro estudo, em que os relatos dos participantes indicam que os cuidados recebidos na UCIN foram satisfatórios e havia o reconhecimento pelos participantes da preocupação da equipa de Enfermagem em comunicar com eles, valorizando o olhar, a presença e o toque (Fegran & Helseth, 2009). Dos participantes que revelaram a presença e importância dos enfermeiros, evidenciaram-se relações de algum modo superficiais e de pouco envolvimento essencialmente nos períodos de

admissão, tendo evoluído significativamente ao longo do internamento hospitalar em que, contactando mais proximamente com a família e RN, o enfermeiro providenciava apoio emocional, facilitava informação e orientava alguns procedimentos.

Na prática, a Enfermagem de família em saúde infantil deve ser exercida em colaboração e cooperação com as famílias. A colaboração com a família de um RN, requer uma relação envolvida em valores e formas de resolução de problemas, exercida em conjunto pelo enfermeiro e família.

Não se poderá afirmar que dos relatos dos pais dos RN internados se tenham retirado muitas expressões relativamente ao ensino. Efetivamente, observa-se o seu papel na veiculação de informação, o que se pode constatar nas evidências de outro estudo (Reis et al., 2010). O papel de facilitador e de orientação foi também manifestado pelos participantes, o que pode remeter para um processo de ensino em que sejam fornecidos elementos aos pais, no sentido de melhor cuidar o seu filho internado (Reis et al., 2010).

Foram ainda expressas preocupações sobre as fontes de apoio e a sua eficácia e por outro a sua resposta insuficiente ou ineficaz, evidenciando por vezes o estado de solidão em que se encontravam (Silva et al., 2009). Assim, o apoio mais relevante surge no interior da família nuclear, nomeadamente na pessoa do cônjuge; o cuidador principal, geralmente a mãe, encontra a ajuda e o alento no cônjuge – o pai. As evidências apontam também os avós, como os parentes da família alargada a quem os pais mais recorrem e com quem assumem poder contar. Do exposto podemos referir que, com o emergir do conceito de relação terapêutica, a Enfermagem encontra nesta forma relacional, que abriu uma perspectiva de relações humanas, uma orientação para os cuidados. É neste sentido que esta perspectiva constitui uma referência fundamental no desenvolvimento deste trabalho.

Tema 2 - Humanização dos cuidados

O constructo humanização tem sido cada vez mais utilizado no âmbito da saúde; humanizar, como o próprio termo indica, significa tornar humano o atendimento e o relacionamento. Neste sentido, podemos referir que a humanização, carece de uma reflexão acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor

por parte dos enfermeiros ao seu principal sujeito de trabalho, o RN e os seus pais, seres fragilizados, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nessa perspetiva, os enfermeiros, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito pela dignidade da pessoa.

Os enfermeiros devem atender à globalidade do ser humano, integrando a dimensão relacional no seu exercício como uma via inequívoca de humanização, cuidando assim o RN com dignidade, com valor em si mesmo, um ser único e irrepetível e de igual modo, possibilitando-lhe possíveis ganhos em saúde. Se os enfermeiros têm como objetivo prestar cuidados de Enfermagem de excelência, há ainda que salientar, que ao atender a este domínio, assume-se, como uma profunda forma de humanizar os cuidados, atuando assim de acordo com o disposto no artigo 89 alínea a) do Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses (OE, 2005): “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”.

As evidências apontam para a importância atribuída aos aspetos de falta de pessoal e a mobilidade significativa resultante desta, sendo que estes aspetos podem ter num período de tempo extenso, consequências por sobrecarga de trabalho e falhas a nível de integração que significam inesperienza e erros não só nas componentes técnico-práticas mas igualmente na parceria com o cliente e família, na humanização, continuidade e qualidade dos cuidados (Rolim & Cardoso, 2006).

O ambiente dos cuidados intensivos foi também mencionado por alguns participantes dos estudos. Nas vivências destes, encontramos dois temas distintos: o ambiente tecnológico e o comportamento no cuidar em Enfermagem.

Embora o ambiente tecnológico da UCIN gere benefícios em termos de equilíbrio biológico, ele é físico e psicologicamente agressivo para ambos, pais e recém-nascidos. Os RN têm um grande risco de desenvolver distúrbios comportamentais, físicos e emocionais relacionados com o stress, e o ambiente da UCIN pode contribuir significativamente para essas

alterações (Harbaugh, Tomlinson, & Kirchbaum, 2004; Rolim & Cardoso, 2006; Trajkovski et al., 2012). Uma dessas interações nocivas reporta-se ao nível de ruído, luz e do movimento. As UCIN são descritas como uma sinfonia tecnológica, devido especialmente ao alto nível de atividade, sons de equipamentos e alarmes, telefones e vozes dos profissionais. O ambiente tecnológico é descrito como desagradável (Harbaugh et al., 2004; Rolim & Cardoso, 2006; Trajkovski et al., 2012).

Tema 3 - Sofrimento

Frequentemente, os procedimentos de Enfermagem ao RN hospitalizado provocam dor ou desconforto e, consequentemente, motivo de sofrimento e de ansiedade para os pais. Esta ansiedade poderá dever-se a um conjunto de fatores stressantes inerentes ao próprio ambiente da UCIN, mas leva-nos também a refletir sobre o sofrimento, muitas vezes manifestado pelos pais durante o internamento.

Os resultados dos artigos analisados permitiram emergir diferentes formas de os pais vivenciarem o internamento do seu filho RN na UCIN.

As emoções desempenham um papel importante no processo de doença e de cura. A vivência psicológica e emocional é bastante focalizada em vários artigos, sendo referenciada pelos participantes como experiências negativas estando normalmente associada à morte. Embora a morte seja um acontecimento frequente em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, a chegada da morte do outro, a ameaça e o confronto com esta são uma presença constante nas experiências da pessoa doente em UCIN (Gale et al., 2004; Rolim & Cardoso, 2006; Silva et al., 2009; Fontoura, Fontenele, Cardoso, & Sherlock, 2011; Merighi et al., 2011; Trajkovski et al., 2012). Nesta linha de pensamento, os participantes utilizaram metáforas que faziam alusão à realidade da morte: *já não sabia se ele ia sobreviver, será que vai melhorar, escapar? tenho muito medo dele não agir* o que revelou a vivência da morte como uma experiência assustadora (Fontoura et al., 2011).

As situações de terror, ansiedade e pânico são também referenciadas pelos participantes dos estudos (Gale et al., 2004; Rolim & Cardoso, 2006; Silva et al., 2009; Fontoura et al., 2011; Merighi et al., 2011; Trajkovski et al., 2012). As queixas como ataques de pânico e ansiedade eram fortemente ligadas a estas situações de terror e experienciadas como assustadoras, que

implicaram emoções fortes, verbalizadas através de expressões como *"tenho vontade de morrer"* (Rolim & Cardoso, 2006). Os sentimentos de incerteza, a impotência, o medo, a insegurança (Rolim & Cardoso, 2006; Silva et al., 2009; Fontoura et al., 2011; Merighi et al., 2011) e o sofrimento psicológico, e o sentimento de incapacidade para lidar com a situação (Fontoura et al., 2011; Trajkovski et al., 2012), foram, também, referidos pelos pais dos RN internados na UCIN.

A presença de dor acarreta um aumento substancial do desconforto. O sofrimento físico e a dor foram também manifestados pelos participantes (Gale et al., 2004; Rolim & Cardoso, 2006; Silva et al., 2009; Fontoura et al., 2011; Merighi et al., 2011; Trajkovski et al., 2012). Num outro estudo para além da dor, sensações físicas como a presença e remoção do tubo endotraqueal, a presença dos drenos torácicos, as linhas invasoras de monitorização foram também descritos como vivências dolorosas (Fontoura et al., 2011). Nestes estudos, foram ainda verbalizadas as experiências dos pais do RN submetido a ventilação mecânica, como comoventes e assustadoras. É comum, os pais das crianças hospitalizadas manifestarem sentimentos de medo, ansiedade e frustração. As evidências de outro estudo revelaram que estas manifestações, são minimizadas quando os pais são considerados pela equipa elementos essenciais ao cuidar do filho, quando os pais estão na posse de informações sobre o que podem esperar, quando sabem o que é esperado deles e como podem participar nos cuidados (Fontoura et al., 2011).

Conclusão

A evidência apontou os temas: relação terapêutica; humanização dos cuidados e sofrimento, como relevantes no cuidado ao RN na UCIN e importantes para a base científica dos conhecimentos da Enfermagem. Na prática, os enfermeiros devem ser detentores deste conhecimento. Através desta Revisão Integrativa da Literatura, pretendemos aprofundar conhecimentos que respondessem à questão de investigação que norteou a nossa pesquisa, assegurar a pertinência do estudo, clarificar e enquadrar o tema e orientar o desenho da investigação. Este estudo trouxe-nos evidência relevante sobre o cuidar em Enfermagem exercido numa UCIN, a partir das percepções dos enfermeiros e dos pais do RN durante

o período de internamento nessas unidades, no entanto, ainda não estão esgotadas as expectativas pelo que pensamos ser pertinente manter a atualização desta pesquisa.

Com intuito de concretizar estes propósitos analisamos nove estudos científicos, que se norteiam por um paradigma qualitativo. Da revisão bibliográfica que efetuamos, é nítida a divergência de esforços que têm vindo a ser realizados no sentido de atualizar e humanizar os cuidados de Enfermagem. Os resultados destes estudos mostram que embora a experiência global dos pais do RN internado numa UCIN tenha sido de cariz negativo, a sua percepção em relação à prática dos cuidados de Enfermagem foi positiva. A primeira está relacionada com a 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. As evidências expressas pelos profissionais apontam para aspetos de falta de pessoal e a mobilidade significativa resultante desta, sendo que estes aspetos podem ter impacto negativo nas componentes técnico-práticas e na parceria com o cliente e família, na humanização, continuidade e qualidade dos cuidados. A positiva está associada com a 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; os enfermeiros identificam a relação terapêutica pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

O estudo realizado proporcionou-nos conhecer a evidência científica sobre o cuidar de Enfermagem em UCIN, o que nos possibilitou a recomendação de ações no sentido de dirigir a nossa intervenção para o RN, por meio da integração dos pais, assumindo o RN como um ser relacional, rumo à construção de um modelo de intervenção que vise a humanização do cuidar neonatal.

Referências bibliográficas

- Cassidy, A. (1998). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. Glasper & A. Tucker (Eds.), *Advances in child health nursing* (pp.). London, England: Society Press.
- Collière, M. P. (1999). *Procurar a vida*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Eggen, L., & Melach, S. (2009). The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit: content-dimension and emotional involvement. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 23, 667-673.
- Ferreira, C. E., & Castro, D. (2005). *Cuidar da criança numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Revista Nursing, 13(1), 18-20.
- Fontoura, F. C., Fontenelle, F. C., Cardoso, M. V. L., & Sherlock, M. S. M. (2011). Experiences of being a father of preterm infant admitted in neonatal intensive care unit. *Revista da Rede Nacional do Nordeste*, 13(3), 318-323.
- Fortin, M. P. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodiana.
- Gale, G., Parack, L. S., Koels, S., & Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 51-58.
- Marbough, B. L., Thelander, F. S., & Ehrenbaum, M. (2004). Parents' perceptions of nurses' caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit. *Amer Jn Comprehensive Pediatric Nursing*, 27(3), 163-178.
- Macienberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wbng Fundamentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro, Portugal: Elsevier Editora.
- Montei, M. A. B., Jesus, M. C. P., Santos, K. R., & Oliveira, D. M. (2011). Caring for newborns in the presence of their parents: The experience of nurses in the neonatal intensive care unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1398-1404.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Das comunidades à análise de casos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Reis, M. D., Kengel, G. R., Scott, S. D., Brady-Stray, B. A., & Van Aerle, J. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *JGIM Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(5), 675-683.
- Reis, K.M.C., & Cardoso, M.V.L. (2008). Discourse and practice of care to newborns at risk: Reflecting about humanized care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 85-92. Retrieved from <http://scd.org.br/rlae/>.
- Serafin, S., & Duarte, S. (2005). Interação em neonatologia: Relação de ajuda. *Revista Nursing*, 13(1), 21-28.
- Sérs, M. A. M., Barros, M. G.T., Abreu, M. S. M., & Oliveira, S. M. S. (2009). Experience of parents with newborn child hospitalized. *Revista Referência*, 11(2), 37-46.
- Troforski, S., Schenck, V., Valenz, M., & Jackson D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2477-2487.
- Watson, J. (2003). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodiana.
- Whittemore, R., & Kraef, K. (2005). The integrative review: Update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.

Anexo VII – Artigo “Necessidades e Preocupações de Pais de Bebés Internados numa Unidade de Neonatologia”.

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES DE PAIS DE BEBÉS INTERNADOS NUMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Zusana Matos Diaz¹✉, Susana Caires, & Susana Correia
¹Instituto de Educação da Universidade do Minho; ²Universidade de Évora

RESUMO: No presente trabalho dá-se a conhecer um estudo exploratório, realizado junto de pais e mães cujo bebé se encontrava internado numa Unidade de Neonatologia de um hospital público português. Com este pretendeu-se identificar as principais necessidades e preocupações experienciadas por um grupo de 20 pais e mães relativamente a aspetos da atual condição clínica e futuro do seu filho. As vivências dos pais foram exploradas através de entrevistas semiestruturadas, durante o período de internamento. Os resultados revelam que entre as preocupações mais frequentes no discurso dos pais entrevistados surgem as que dizem respeito ao estado de saúde do bebé; ao seu futuro, em termos desenvolvimentais; e, à sua capacidade de assumir (ou não) autonomamente o cuidado do bebé aquando da alta. Quanto às suas necessidades, as mais prementes prendem-se com a informação (regular e clara) quanto à evolução do quadro clínico do bebé e seus tratamentos; a necessidade de assegurar a proximidade do filho durante o internamento, e momentos de interação de qualidade com o mesmo; bem como, de estabilização do seu quadro clínico de modo a poderem regressar a casa. Saliente-se, em termos de prática clínica, a pertinência de estudos centrados na exploração - o mais precocemente possível - das necessidades e preocupações destes pais, com vista à intervenção junto dos mesmos, ainda durante o internamento. Por intermédio desta pretende-se prevenir potenciais perturbações nos processos de vinculação pais-bebé e no percurso desenvolvimental deste último.

Palavras-chave: Neonatologia, Pais, Necessidades, Preocupações, Intervenção Precoce

NEEDS AND CONCERNS OF PARENTS OF BABIES ADMITTED IN A NEONATOLOGY UNIT

SUMMARY: This paper presents an exploratory study involving parents who had a baby hospitalized in a Neonatology Unit of a Portuguese public hospital. Its aim was to identify the main needs and concerns experienced by a group of 20 parents regarding aspects concerning their child's current condition and future. The parents' experiences were explored by means of a semi-structured interview during the hospital stay. Results reveal that the parents' most common concerns regard their baby's health condition; their future development; and their ability to take autonomous care of their baby after leaving the hospital. In terms of their needs, the most pressing ones regard information (regular and clear) about the evolution of their baby's clinical status and treatments; the need to be close to their child during hospitalization, and to have quality

✉ Rua da Escola n.º 31-A 1.º Esquerdo 3750-432 Fermentelos, Águeda, Portugal; Tel.: 916500619; E-mail - zusamdz@ua.pt.

moments/interactions with it; as well as the need for the stabilization of the baby's clinical condition so they can go back home. In terms of clinical practice, the authors emphasize the relevance of studies focused on the early exploration of these parents' needs and concerns, in order to intervene as soon as possible, still during their stay at the Neonatology Unit. By means of this intervention it is possible to prevent potential disturbances in the parent-infant's attachment process and on the baby's developmental path.

Keywords: Neonatology, Parents, Needs, Concerns, Early Intervention

Recebido em 01 de Novembro de 2012/ Aceite em 14 de Abril de 2016

O início de vida de um bebé num ambiente tão artificial e estranho quanto uma Unidade de Neonatologia (UN), bem com a situação de vulnerabilidade que justificou o seu internamento são vividos de forma intensa pelos pais, sendo este um período descrito na literatura como extremamente difícil e doloroso, marcado por sentimentos de perda, medo, raiva, culpa e impotência (Barry & Singer, 2001; Feliciano, 2002; Ferreira, Pinto, Parreira, Gonçalves & Coelho, 2005; Hall, 2005; Parker, 2011). Em condições normais, pais e bebé estariam em contato imediatamente após o parto, tendo a oportunidade de se conhecerem mutuamente, dando continuidade ao processo de vinculação em curso. Nas situações em que o bebé é internado numa UN este processo é interrompido (Feliciano, 2002; Ferreira et al., 2005), fazendo emergir, em alternativa, sentimentos de tensão entre o desejo de contacto e aproximação do bebé e a dificuldade em olhar para aquele ser com uma aparência tão estranha e vulnerável, rodeado de aparelhos e instrumentos ameaçadores (Abdeyazdan, Shahkolahi & Hajiheidari, 2014; Barros, 2001); dificuldades em descodificar muitos dos comportamentos e sinais vitais do bebé (Bigelow, Littlejohn, Bergman & McDonald, 2010); perda do papel parental esperado e desejado; ou, medo intenso da possibilidade do bebé não sobreviver (Díaz, 2014; Rocha, Candeias, Ramos, Maia, Guimarães & Viana, 2011).

A perturbação emocional presente nestes pais está relacionada com as suas crenças sobre a situação que estão a enfrentar, sobre o que é um bebé de risco; os perigos que o ameaçam; e/ou sobre as suas próprias competências para enfrentar uma situação tão nova e angustiante (Barros, 2001; Lindberg & Öhring, 2008; Ferreira et al., 2005). No caso das mães, acresce o cansaço e a dor decorrentes de um parto por vezes traumático, e algumas dificuldades em descansar e se alimentar (Barros, 2001; Díaz, 2014). No caso dos pais, alguns autores referem os sentimentos de estranheza e vulnerabilidade num ambiente predominantemente feminino, em que o pai recebe pouca atenção, não compreende bem o seu papel, ou não encontra a privacidade necessária para expressar as suas emoções (Abdeyazdan et al., 2014; Barros, 2001; Lindberg, Axelsson & Öhring, 2007).

Assim, em lugar dos habituais sentimentos de satisfação, ternura, curiosidade e orgulho associados ao nascimento de um filho, os pais têm de lidar com emoções confusas e/ou contraditórias (Barry & Singer, 2001; Feliciano, 2002) e adaptar-se ao seu novo papel num contexto estranho e intrusivo (Miles & Holditch-Davis, 1997). O stress e sofrimento emocional vivenciados dão, comumente, origem a depressão, ansiedade, ou, mesmo, stress pós-traumático (Abdeyazdan et al., 2014; Gronitz, 2007; Valente & Seabra-Santos, 2011).

Vários autores alertam para o facto da interrupção "imposta" pelo internamento numa UN e as dificuldades emocionais experienciadas poderem inibir o estabelecimento de ligações afetivas entre

os pais e o recém-nascido, com significativas repercussões no desenvolvimento e bem-estar do bebê, na autoconfiança dos pais e na sua capacidade para assumirem o papel parental. Pode igualmente constituir um risco para a dinâmica familiar (Abdeyazdan et al., 2014; Brum & Shermann, 2004; Howland, 2007; Valente & Seabra-Santos, 2011).

Face este cenário, e conhecido que é o papel das primeiras experiências de interação pais-bebê no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional deste último, bem como o papel central dos pais na vida destes bebês, importa, pois, neste contexto específico, identificar as necessidades e preocupações mais prementes destes pais e intervir o mais precocemente possível (ainda no internamento). Apesar de alguns investimentos feitos na sua identificação, a literatura existente é ainda parca, parecendo deixar a descoberto alguns contornos mais específicos da fenomenologia associada à experiência de ter um filho internado numa UN. Em seguida sintetizam-se algumas das principais evidências na área.

Necessidades e preocupações de pais com bebê internado numa UN

A revisão da literatura na área revela a existência de vários estudos onde as necessidades destes pais têm vindo a ser identificadas (Lindberg, 2009; Soares, Santos & Gasparino, 2010). Este cenário é distinto quanto ao estudo das suas preocupações, as quais surgem pontualmente exploradas e sem representar o foco específico dos estudos que as mencionam entre os seus resultados (Lundqvist, Hellstrom & Hallstrom, 2007; Viana, Guimarães, Maia, Ramos & Mendes, 2005).

Entre as necessidades dos pais, as evidências relevam entre as mais prementes, a obtenção de informação quanto ao estado clínico do bebê (Barros, 2001; Gronita, 2007; Ribeiro & Sarmento, 2005; Viana et al., 2005); de sentir que este é devidamente acompanhado por profissionais especializados, que cuidam do bebê de forma competente, atenta e sensível (Lindberg, 2009; Soares et al., 2010). Outros estudos aludem à necessidade de permanecerem próximos do bebê - física e emocionalmente (Barros, 2001) - e de serem apoiados na transição para o papel parental (Lindberg, 2009). Soares e colaboradores (2010) e Lindberg (2009) referem também a necessidade de atenção, incentivo e respeito por parte da equipa da UN.

Quanto a questões do foro comunicacional, a literatura refere a necessidade premente de serem escutados e que lhes respondam às suas dúvidas e perguntas (Soares et al., 2010), bem como de informações claras e objetivas. No âmbito desta relação com a equipa de cuidados, os pais podem, ainda, sentir necessidade de conversar com um profissional de saúde sobre os seus medos (e.g. que o filho morra; possibilidade de apresentar algum tipo de incapacidade no futuro) e/ou sobre os seus sentimentos de culpa em relação aos acontecimentos (Viana et al., 2005). Em termos instrumentais, evidências recolhidas no contexto português apontam para a presença da necessidade de terem acesso a um assistente social que lhes forneça informações sobre os apoios sociais a que têm direito (Soares et al., 2010; Viana et al., 2005).

Refira-se, ainda, o trabalho de Kristjánsdóttir (1995), que aponta para a variação no tipo de necessidades vividas por estes pais em função do tempo de internamento do bebê. Apontando nesse mesmo sentido, Viana e colaboradores (2005) verificaram que nos casos em que o tempo de internamento do bebê é mais prolongado, as necessidades dos pais passam por obter mais informação junto da equipa de saúde, quanto ao plano de tratamento do seu bebê e procedimentos a implementar.

Quanto às preocupações destes pais, a literatura é bem mais parca, aparecendo evidências quanto às mesmas mas de forma "isolada". Por exemplo, o estudo de Lundqvist e colaboradores (2007) salienta a preocupação do pai não apenas com o bem-estar do bebê, mas também com o da companheira, sentindo que para esta a situação é mais difícil de superar do que para si. Outros

estudos referem a presença frequente de inquietações relativamente ao desenvolvimento do filho a longo prazo, as quais se associam à necessidade de obter informação relacionada com o desenvolvimento e educação infantis (McCluskey-Fawcett, O'Brien, Robinson & Asay, 1992; Viana et al., 2005).

Relativamente à intervenção, os cuidados centrados na família - fundamentados nos princípios de respeito, partilha de informação, colaboração, construção de uma relação de confiança entre profissionais de saúde e pais - são os mais frequentemente assumidos como as melhores práticas (Gronita, 2007; Ribeiro & Sarmiento, 2005; Wigert, Hellstrom & Berg, 2008). Sugere-se, no seio das mesmas, que os pais sejam convidados a participar ativamente nos cuidados do filho, tomando parte do planeamento, implementação e avaliação desses cuidados (Tamez & Silva, 2002). Esta participação - desde a admissão até à alta hospitalar - é tida como crucial para que a família se sinta parte integrante do tratamento e recuperação do bebé durante o internamento e capaz de cuidar dele após a alta hospitalar (Tamez & Silva, 2002). Pais que têm a oportunidade de interagir e de cuidar dos bebés na UN estão melhor equipados para cuidar do(s) seu(s) filho(s) aquando do regresso a casa (McCluskey-Fawcett et al., 1992; Merritt, Pillers & Prows, 2003).

Na intervenção junto dos pais, as questões da informação são recorrentemente apontadas como nucleares. Assume-se que, ao estarem informados sobre o que está a ocorrer ao bebé e sobre o plano de tratamento, estarão mais capazes de tomar decisões de modo mais ponderado. Reduz, também, os níveis de stress experienciados uma vez que promove o seu sentido de controlo (Gronita, 2007; Howland, 2007; Ribeiro & Sarmiento, 2005; Viana et al., 2005).

Alguns autores apontam, também, a criação de encontros de partilha de experiências entre pais, os quais poderão representar momentos privilegiados de expressão (e normalização) dos seus medos, culpas, frustrações e expectativas em relação ao ser pai/mãe de um bebé prematuro ou doente. Adicionalmente, além de promoverem o sentimento de que não são os únicos a passar por esta experiência; as informações partilhadas quanto a aspetos médicos ou sobre desenvolvimento infantil, formas de educar e cuidar do bebé poderão ser particularmente relevantes, nomeadamente em termos emocionais (Feliciano, 2002; Gronita, 2007; Tamez & Silva, 2002).

Partindo da revisão da literatura, e considerando a eficácia das intervenções junto de pais com um bebé internado numa UN como largamente dependente da sua sensibilidade às vivências específicas em momentos críticos deste processo, a primeira autora, no âmbito do seu mestrado, desenvolveu um estudo voltado ao conhecimento mais aprofundado das preocupações e necessidades destes pais em três etapas do processo de internamento: (i) o momento em que receberam a notícia que o bebé iria ser internado na UN; (ii) durante o internamento; e (iii) aquando da (antecipação) da alta. Em seguida apresentam-se os contornos metodológicos deste estudo.

MÉTODO

O estudo - de natureza qualitativa e exploratória - considerou as necessidades e preocupações de pais nos três momentos previamente identificados: (i) aquando da notícia do internamento do bebé (momento I); (ii) durante o internamento (momento II); e (iii) na antecipação da alta (momento III).

Participantes

O estudo contou com a participação de 20 pais/mães cujo(s) bebé(s) se encontrava(m) internado(s) na UN de um hospital público do Norte de Portugal. De entre estes, 12 são mães e 8 pais. Apenas numa das situações os dois pais foram entrevistados em simultâneo. Assumiu-se como critério de inclusão todos os pais/mães cujo bebé estava internado há, pelo menos, 7 dias. Tal critério prendeu-se essencialmente com questões éticas, ou seja, dar tempo aos pais para que pudessem integrar emocionalmente a experiência em curso.

Os pais entrevistados apresentam uma média de idades de 32 anos, oscilando entre os 22 e os 41 anos. Cerca de 1/3 tem habilitações ao nível do 12.º ano e apenas 15% tem licenciatura. A sua área profissional é muito variada (desde especialistas das atividades intelectuais e científicas até trabalhadores não qualificados), concentrando-se 45% dos casos na área da indústria, construção e artífices. A grande maioria (80%) encontrava-se empregada e a trabalhar a tempo integral. Quanto à situação familiar, 85% são casados; para 60% este bebé é o primeiro filho (num dos casos uma gravidez gemelar, com ambos os bebés internados na UN), tendo outros 35% dois filhos.

Os bebés cujos pais participaram no presente estudo 80% são do sexo masculino, e apenas dois nasceram de uma gravidez gemelar. Um terço destes bebés são de termo e 40% são de Baixo Peso à Nascimento. Quase metade (40%) tinha entre 7 a 14 dias de vida e 60% encontrava-se na incubadora. O motivo do internamento é variável, predominando (53,3%) casos de prematuridade. Mais de metade (60%) é fruto de uma gravidez de risco. Quanto à longevidade do internamento, 1/3 já estava sob os cuidados da UN há 7-14 dias, tendo 13 destes bebés sido internados imediatamente após o nascimento. Apenas um havia tido alta pouco depois do nascimento, tendo regressado ao hospital na sequência de complicações. Relativamente à duração prevista do internamento, 40% não tinha qualquer data prevista, estimando-se que, entre os restantes 60%, 13,3% permanecessem na UN por mais 1 a 7 dias. Para os restantes 46,7% a sua estadia previa-se prolongar por mais uma semana a um mês.

A seleção destes pais fez-se segundo o método de amostragem por conveniência, tomando-se todos aqueles que, durante o período de recolha, e tendo o seu(s) bebé(s) internado na UN que acolheu o estudo, se disponibilizaram para participar.

Instrumento

A recolha de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas com um guião de 6 perguntas: 3 centradas nas preocupações dos pais em cada uma das fases; outras três explorando as necessidades. Ainda antes de iniciar as entrevistas, procedeu-se à clarificação do significado dos dois conceitos nucleares: *necessidades* (o que carece aos pais; aquilo de que precisam; o que "reclamam" para si e para o filho) e *preocupações* (sentimentos de apreensão, desassossego, inquietação ou pensamentos negativos associados ao atual estado de saúde do bebé e/ou em relação ao futuro). Cada entrevista teve uma duração aproximada de 30 minutos.

Procedimento

O estudo foi primeiramente submetido ao escrutínio da Comissão de Ética do hospital público onde iria ter lugar. Uma vez autorizado, procurou-se aceder aos potenciais participantes através

do(a) enfermeiro(a) chefe de turno ou da chefe da UN. Junto destas figuras de ligação foi previamente avaliada a potencial disponibilidade (física e emocional) dos pais que no momento da recolha tinham o seu bebé internado na UN.

As entrevistas foram realizadas em local indicado pela chefe de serviço, assegurando as necessárias condições de privacidade e a não interrupção da entrevista. Junto de cada participante foram previamente clarificados os objetivos do estudo e o seu caráter confidencial e voluntário. Todas as entrevistas foram gravadas, mediante consentimento informado. As entrevistas foram individuais à exceção de um dos casos, em que o casal foi entrevistado em simultâneo. Durante a recolha foram respeitadas as normas hospitalares e as diretrizes dadas pela equipa de saúde, no sentido do não comprometimento da sua *performance*, bem como da segurança, bem-estar e dignidade de todos os participantes.

Análise e tratamento dos dados

Após a realização das entrevistas procedeu-se à sua transcrição, seguida de uma análise de conteúdo. A par de uma análise de cariz qualitativo procedeu-se a uma abordagem quantitativa dos resultados, contabilizando-se a frequência de cada (sub)categoria de resposta. A sua análise fez-se com recurso à versão 19.0 para Windows do SPSS.

RESULTADOS

Preocupações dos pais

No quadro que se segue apresenta-se a distribuição das preocupações relatadas pelos pais no momento I (confronto com as notícias).

Quadro 1.

Categorias de resposta	N
A saúde do bebé	15
O bem-estar do outro elemento do casal	4

Relativamente às preocupações dos pais no momento em que receberam a notícia de que o(s) bebé(s) teria que ser internado na UN, estas voltaram-se, entre a maioria ($n=15$), para a condição clínica do filho: o motivo do internamento; diagnóstico, gravidade do mesmo; prognóstico e eventuais riscos de sobrevivência. Segundo quatro pais, estes primeiros tempos foram também marcados por preocupações com o outro elemento do casal, sendo que, no caso do pai, as preocupações prenderam-se com o parto e com a recuperação da companheira, e, entre um destes pais, com o sofrimento provocado pelo facto de estar internada numa enfermaria juntamente com outras mães que (ao contrário da companheira) tinham o bebé consigo. Um outro pai mostrou-se particularmente preocupado com a reação da companheira perante a possibilidade de esta ter alta e o bebé ainda ficar internado.

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES NA NEONATOLOGIA

No quadro seguinte apresenta-se a distribuição das preocupações relatadas pelos pais no momento II (internamento).

Quadro 2.

Categorias de resposta	N
Os outros filhos	2
O bem-estar emocional do companheiro	1
O estado de saúde do bebé nas suas ausências	3
Ter tempo para preparar a chegada do bebé a casa	2
Pouco tempo para acompanhar o bebé na UN	1
A alimentação/aumento peso do bebé	3

Três pais referiram preocupações ligadas ao atual peso do bebé e à necessidade premente de este engordar: se já tinha aprendido a mamar; se o fazia convenientemente de modo a “(...) *ganhar peso com a velocidade que seja exigida* (...)”. Um igual número de pais aludiu à presença constante de preocupações, durante as suas ausências na UN, relativamente ao estado de saúde do bebé: se este se manteve estável; se houve algum episódio crítico; ou, alguma evolução.

Dois pais referiram a sua preocupação com os outros filhos, nomeadamente quanto à sua indisponibilidade para os acompanhar na escola; de estes sentirem a ausência dos pais e também, num dos casos, a falta do bebé, uma vez que já havia convivido com ele durante algum tempo em casa.

Adicionalmente, dois pais referiram preocupação com a falta de tempo para organizar a casa de modo a preparar tudo para receber o(s) bebé(s). Num destes casos, o facto de terem nascido muito prematuramente (gémeos) impediu, inclusive, que o enxoval fosse adquirido.

Ainda reportada às preocupações durante o internamento, uma das mães dizia-se preocupada com o bem-estar emocional do seu companheiro. Finalmente, para um pai, uma das preocupações prendia-se com o facto de, em breve, ter de começar a trabalhar e de não poder passar tanto tempo na UN com o bebé.

Em seguida apresenta-se a distribuição das preocupações relatadas pelos pais no momento III (pós alta).

Quadro 3.

Quanto seis pais	Categorias de resposta	N	à pós-alta, evocaram
	O futuro do bebé em termos desenvolvimentais	8	
	Encargos financeiros associados aos cuidados ao filho no futuro	3	
	Acompanhamento do bebé quando regressar a casa	3	
	Risco recaída e novo internamento	5	
	Saber lidar com o bebé sem ajuda dos profissionais de saúde e das máquinas da UN	6	

preocupações associadas à sua competência para lidar com o bebé em casa, já sem a ajuda dos profissionais e das máquinas da UN. Alguns referiram que iriam estranhar; outros preocupavam-se com o facto de poderem não conseguir identificar as necessidades vitais do bebé - por ora asseguradas pelos profissionais e equipamentos da UN. Uma das mães referiu, inclusive, o medo de ter em casa um bebé prematuro e não conseguir reagir caso algo de grave acontecesse.

Oito pais mencionaram preocupações com o futuro desenvolvimento do filho, ou seja, com as sequelas desenvolvimentais que a prematuridade ou os problemas de saúde à nascença poderão gerar. Preocupações com os resultados dos exames, designadamente que estes pudessem apontar a necessidade de cuidados permanentes são delas exemplo.

Cinco pais diziam-se também preocupados com a evolução do bebé em casa. Por exemplo, a possibilidade de este não mamar bem e não ganhar peso suficiente para evoluir dentro dos parâmetros normais/esperados; dos riscos a que o bebé estaria exposto aquando das visitas a casa (*"Uma pessoa doente ir à minha casa, como ela ainda está muito frágil..."*) e, inclusive, a possibilidade de uma recaída (por não ganhar peso, por exemplo) que implicasse novo internamento foram referidos como uma preocupação particularmente premente.

Adicionalmente, três pais referiram preocupações com questões práticas dos primeiros tempos no pós-alta, entre elas as vacinas, a articulação entre hospital e o pediatra que iria passar a acompanhar o bebé, ou, algum acompanhamento especializado que precisasse nos primeiros tempos.

Preocupações financeiras foram também antecipadas por três pais. Estas decorriam da eventualidade do bebé vir a ter necessidades de cuidados acrescidos (e.g. fisioterapia ou qualquer outro tipo de assistência especializada) num futuro próximo (ou ao longo do seu curso de vida) e de estes não estarem financeiramente preparados para fazer face às despesas. O facto de apenas um dos elementos do casal trabalhar, mais ainda no caso de gémeos, foi apontada como uma preocupação adicional para um destes pais.

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES NA NEONATOLOGIA

Necessidades dos pais

Nos quadros seguintes dá-se a conhecer a frequência com que as diferentes necessidades - reportadas aos momentos I, II e III - emergiram no seu discurso.

Em seguida apresenta-se a distribuição das necessidades relatadas pelos pais no momento I (momento da notícia do internamento):

Quadro 4.

Categorias de resposta	N
Informação sobre o que justificou o internamento	7
Informação sobre estado saúde companheira	1
Informação prévia sobre o que ia acontecer após o nascimento bebés de risco	1

Sete pais reportaram a necessidade de informações sobre o motivo que justificou o internamento do seu filho na UN: diagnóstico; gravidade do problema; se o bebé iria “ficar bem”; ou, a morosidade do processo de recuperação.

Para um pai, as necessidades de informação no momento I prenderam-se também com o estado de saúde da companheira, logo após o parto e, antes ainda, informação antecipada sobre o potencial internamento na UN, caso os seus filhos (gravidez gemelar de risco) nascessem prematuramente. Segundo o seu testemunho, esta informação teria sido importante para que se fosse preparando emocionalmente: “(...) *eles estão mesmo de tal modo vulneráveis que as coisas são sérias, muito sérias e se calhar haveria a necessidade era de ter essa abertura antes (...) saber, talvez mais a nível emocional, saber que iria ter dois filhos, neste caso, e que teria que os deixar no hospital durante algum tempo (...)*”.

No quadro seguinte apresenta-se a distribuição das necessidades relatadas pelos pais no momento II (durante o internamento).

Quadro 5.

Quanto	Categorias de resposta	N	às
	Informação sobre evolução estado saúde bebé	6	
	Ter o bebé junto de si	3	
	Momentos de contacto/de qualidade com o bebé	4	
	Descansar/dormir	5	
	Mais tempo para acompanhar o bebé na UN	1	
	Alguém para dar apoio nas lides da casa	1	
	Apoio financeiro	3	
	Condições para passar a noite na UN	4	
	Um espaço para poder descansar ao longo do dia	3	
	Acompanhamento psicológico	4	
	Adequação das rotinas e horários casa-hospital	1	
	Estabilização saúde do bebé para regressar a casa	5	

necessidades de informação reportadas no curso do internamento, estas foram evocadas por seis pais, que destacaram a quantidade, clareza e regularidade da mesma, bem como a sua transmissão pelo médico de referência para acompanhamento do filho. Quanto à informação de que sentem maior necessidade no momento II, destacaram a relativa à evolução do estado de saúde do bebé (se está a evoluir bem; dentro do esperado/da normalidade), ou, aos tratamentos a serem aplicados ("*O [nome do bebé] vai fazer isto e isto (...)*"). Numa outra categoria, três pais (dois dos quais homens) mencionaram a necessidade de, durante o internamento, ter o bebé junto de si, de estar com ele (mesmo sem fazer nada/sem ter contacto físico) e, inclusivamente, de o levar para casa. Para outros quatro pais/mães, esta necessidade traduziu-se na possibilidade de ter momentos de contacto; de qualidade com o seu filho [nem que seja] ("*(...) segurar a mãozinha do bebé*"). Uma mãe manifestou o desejo de amamentar o seu bebé, de sentir o seu filho e de criar oportunidades para que mãe-bebé pudessem continuar a construir a sua relação de vinculação. O testemunho seguinte traduz as suas tentativas nesse sentido: ("*(...) Eu todos os dias durmo com uma fralda e trago-lhe a fralda para depois o cobrir e ele sentir o cheiro, mas, não é igual (...)*").

Cinco pais salientaram o descansar/dormir como uma necessidade premente, em particular entre as mães. O muito tempo passado na UN e a sua participação em todas as rotinas do bebé (de três em

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES NA NEONATOLOGIA

três horas), ou as preocupações e "tarefas" que levavam para casa não os permitia descansar devidamente.

Quatro pais deram também ênfase às condições físicas (hotelaria) oferecidas durante o internamento, tendo referido a necessidade de condições que permitissem a sua pernoita na UN. Uma mãe sugeriu a criação de um espaço para pernoitar, em particular para "(...) as mães que fossem de muito longe, que pudessem passar cá um dia, dois e depois se quisessem ir a casa (...) em vez de se deslocarem todos os dias (...)". Ainda quanto à hotelaria, três pais aludiram a necessidade de um espaço anexo à UN para poderem descansar e conviver ao longo do dia.

Cinco pais referiram a necessidade de, já depois de algum tempo no hospital, recuperar a sua vida "normal", implicando isto a estabilização do estado de saúde do bebé para poderem regressar a casa.

Quatro pais referiram a necessidade de, durante o internamento, terem acompanhamento psicológico (para si e/ou para o companheiro/a).

Para três pais, as necessidades de apoio financeiro durante o internamento surgiram como prementes, em resposta aos gastos com o transporte e estacionamento, que, nalguns casos - dadas as longas distâncias percorridas e o prolongado período de internamento -, "pesavam" no orçamento familiar.

A necessidade de adequação das suas rotinas foi também referida por uma mãe que dizia precisar fazer alterações nos horários e rotinas atuais de modo a poder conciliar os cuidados e acompanhamento do seu bebé com as necessidades, rotinas e horários do outro filho.

Por fim, um pai referiu ter necessidade de passar mais tempo com o bebé na UN, decorrente da sua atividade laboral; ao passo que uma mãe mencionou a necessidade de apoio nas lides da casa dada a falta de tempo para as assumir e o muito cansaço sentido depois de um dia na UN.

No quadro seguinte apresenta-se a distribuição das necessidades relatadas pelos pais no momento III (anticipando o regresso a casa).

Quadro 6.

	Categorias de resposta	N	
Quanto	Informação sobre como lidar com o bebé em casa	3	às
	Adequação de condições em casa	3	
	Apoio financeiro	2	
	Apoio do(a) companheiro(a)	1	

necessidades reportadas à alta, três pais reportaram-se à necessidade de informação sobre como lidar com o bebé em casa; como reagir em determinadas situações.

Outros três pais salientaram a necessidade de tempo para criar condições para acolher o(s) bebé(s) em casa. Num dos casos esta necessidade decorria do facto dos bebés (gêmeos) terem nascido bastante antes do tempo, não tendo tido a oportunidade de preparar o seu enxoval (inclusive

o berço). Refira-se que o elemento feminino deste casal salientou a necessidade de, após a alta, ter um apoio reforçado do companheiro, pelo facto de ter gémeos.

Dois pais enfatizaram o apoio financeiro necessário para assegurar, por exemplo, os recursos e cuidados adicionais a prestar aos seus dois bebés (gémeos) prematuros, ou, num caso de grande prematuridade, a assistência médica e terapêutica adicional, bem como os ajustamentos necessários a fazer em casa, para acolher o seu bebé com necessidades de cuidados especiais. Neste último caso, as necessidades da família prendiam-se, por um lado, pelo facto da mãe, para além dos sete meses que iria ficar em casa a acompanhar o bebé (sem receber qualquer ordenado) e de se prever um prolongamento em função do desenvolvimento/recuperação do bebé, foi necessário realizar adaptações na casa e, para isso, contrairam um empréstimo bancário.

DISCUSSÃO

As preocupações e necessidades enfatizadas pelos pais do presente estudo tornam bem explícito o quão difícil é a experiência de internamento de um filho numa UN, com potenciais implicações para a relação com o bebé, a relação do casal e para o núcleo familiar no seu todo, à semelhança do que autores na área têm vindo a salientar (Abdeyazdan et al., 2014; Brum & Shermann, 2004; Howland, 2007; Valente & Seabra-Santos, 2011). Os seus relatos sobre a experiência vivida nos três momentos explorados dão, também, a conhecer a grande diversidade de inquietações e carências a que é necessário dar resposta ainda durante o internamento, bem como a especificidade das suas vivências, em função da condição clínica do bebé e das características e recursos de cada família, ou, entre outros, da etapa em que se encontram. Em consequência, particular atenção deverá ser dada não só ao conteúdo e tipo de intervenção a implementar junto destes pais (em função das vivências e recursos de cada um deles), mas, também, ao momento em que são implementadas.

Preconizando a ideia que um acompanhamento e intervenção precoces adequados - durante o período de internamento e após a alta - podem mudar o rumo e contrariar as consequências negativas da perturbação precoce, nesta fase final do trabalho, a par da discussão dos principais resultados emergidos no nosso estudo, apresentar-se-ão sugestões de intervenção. Assim, procuraremos fazer dialogar os resultados do presente estudo com as evidências compiladas por outros investigadores (exercício nem sempre possível, especialmente no que toca às preocupações, dada a escassez de literatura na área), sugerindo também sugestões de intervenção, que julgamos mais prementes no contexto de uma UN.

Olhando os aspetos mais salientes dos testemunhos dos pais auscultados, destacamos, em primeiro lugar as suas preocupações. Entre estas, a gravidade da condição clínica do bebé aparece como a que maior ênfase assume entre estes, aquando do confronto com a notícia de que este terá que ser internado. Estas aparecem também frequentemente referidas durante o internamento e na antecipação da alta, muito embora com menor prevalência e assumindo contornos distintos. Assim, enquanto, num primeiro momento, a maior preocupação associa-se à gravidade da situação que justificou o internamento do filho e eventual risco de morte; no curso do internamento tais preocupações surgem mais associadas à evolução do quadro clínico do bebé, ao ganho de peso, ou, se durante as suas ausências/afastamento do bebé esse quadro sofreu alterações (algum episódio crítico).

Em segundo lugar, e reportando-se ao momento inicial, as preocupações com o bem-estar do companheiro (principalmente em relação às mães) aparecem bem retratadas no discurso dos pais, à

semelhança do que Lundqvist e colaboradores (2007) observaram. Tais preocupações prendem-se com a recuperação física da companheira, mas, também, com o impacto emocional que o confronto com a notícia poderá gerar. Esta última verifica-se não apenas entre o elemento masculino do casal (conforme as evidências de Lundqvist), mas também entre as mães que, já durante o internamento, olhando as exigências colocadas pela situação (atuais e futuras), o seu caráter cumulativo e os recursos psicológicos de cada um para fazer face às mesmas, passam a temer pelo bem-estar emocional do companheiro.

Durante o internamento, e paralelamente ao foco colocado na atual condição clínica do bebê, as preocupações viram-se para o futuro. Estas decorrem das potenciais sequelas desenvolvimentais da prematuridade/problemas de saúde à nascença, e dos cuidados especiais de que o bebê poderá vir a precisar. Entre estes pais, a semelhança do observado por McCluskey-Fawcett e colaboradores (1992) ou Viana e colaboradores (2005) começa, aqui a surgir a preocupação/necessidade em obter informação relacionada com o desenvolvimento, educação e cuidados infantis para este tipo de casuística.

Reportadas ao período pós-alta, as preocupações expressas de modo mais frequente prenderam-se, por um lado, com questões práticas dos primeiros dias (vacinas, articulação hospital-novo pediatra, acompanhamento especializado) e, por outro, com as angústias associadas ao ter que "cortar o cordão umbilical" que os ligou durante algum tempo às máquinas e à equipa da UN (também relatadas por Bigelow e colaboradores, 2010, e Lindberg, 2009), questionando-se sobre a sua competência para assegurar autonomamente os cuidados básicos do filho, em casa, ou para dar resposta a alguma situação grave que possa ocorrer. Ainda ligadas ao regresso a casa, as preocupações antecipadas pelos pais prendem-se, também, com a evolução e estado de saúde do bebê, designadamente em termos de ganho de peso; parâmetros de crescimento/desenvolvimento esperados ou eventuais contágios que impliquem um novo internamento. A estas acrescem preocupações financeiras, designadamente aquelas que decorrem de potenciais despesas adicionais associadas a cuidados especiais que é necessário providenciar ao filho (pontualmente, num futuro imediato, ou em permanência), preocupações essas também reportadas por Soares e colaboradores (2010) e Viana e colaboradores (2005) nos estudos igualmente desenvolvidos em Portugal.

As preocupações evocadas associam-se um conjunto de necessidades expressas pelos pais nas suas reflexões em torno desta experiência. Tal como anteriormente salientado as necessidades de informação, nos três momentos explorados, aparecem fortemente enfatizadas, à semelhança do que a literatura na área dá conta (Gronita, 2007; Howland, 2007; Viana et al., 2005). Num primeiro momento estas surgem largamente articuladas com as preocupações destes pais, relativamente ao estado de saúde do bebê: necessitando de saber, de imediato, de informação por parte da equipa médica, sobre o motivo do internamento, sua gravidade, e, entre outros, o prognóstico. Surge, também, a necessidade do pai saber como está a mãe logo após o parto, assim como de informação no que diz respeito a questões logísticas (e.g. avença no parque de estacionamento e gastos com o transporte).

Mais adiante, durante o internamento, as necessidades de informação destes pais prendem-se essencialmente com a evolução do quadro clínico e com os tratamentos aplicados, informação essa que, segundo estes pais, deve ser regular, clara e em quantidade que satisfaça as suas dúvidas/inquietações. Quanto à alta, as necessidades de informação antecipadas prendem-se com o ensinamento quanto ao como lidar com o bebê em casa, quer no que se refere à prestação dos cuidados básicos, quer em relação ao que fazer no caso de algo mais grave ocorrer.

Em termos de intervenção poderemos propor, e alinhadas com as sugestões de outros autores (Barros, 2001; Tamez & Silva, 2002), que a satisfação destas necessidades de informação esteja

particularmente atenta ao *quê, como e quando* essa informação deve ser veiculada aos pais. Adicionalmente devem criar-se condições para que, se necessário, possa ser repetida e explicada de formas diferentes.

Assim recomenda-se que, por exemplo, numa primeira visita dos pais à UN, se dê uma explicação clara de todo o equipamento envolvido no cuidado do bebé; informações sobre o seu estado de saúde; regras de funcionamento da UN relevantes; apresentação clara dos profissionais de referência; e indicações claras do tipo de colaboração que os pais podem prestar em função do estado de saúde do bebé.

Numa fase posterior, e já antecipando a alta, sugere-se que a informação mais importante seja apresentada por escrito num pequeno livro que os pais possam levar, uma vez que mais de 90% da informação factual que recebem nos primeiros dias tende a ser esquecida (Barros, 2001; Tamez & Silva, 2005). Recomenda-se, ainda, o fornecimento de informação sobre os cuidados continuados de que o bebé vai necessitar após a alta, assim como sobre o apoio emocional e financeiro, disponíveis na comunidade (Griffin & Abraham, 2006; Merritt et al., 2003; Valente & Sestras-Santos, 2010). A constituição de uma biblioteca de consulta, ou a disponibilização de endereços da *Internet* onde possam encontrar informação clara e fiável poderá ser útil e securizante para estes pais (Barros, 2001; Tamez & Silva, 2002).

A necessidade de, durante o internamento, estar perto do bebé (inclusive, de poder dormir na UN) e de ter momentos de qualidade no contacto com o mesmo (e.g. poder amamentá-lo, sentir o seu cheiro) são enfatizados de modo premente, indo ao encontro de evidências colhidas por outros autores (Barros, 2001; Leske, 1991). Os pais referiram também a necessidade de adequação de espaços e rotinas no contexto hospitalar e no dia-a-dia, devido a terem de alterar os seus horários e rotinas para poderem participar nas rotinas do bebé internado, com o objetivo de conciliar com a vida diária dos outro(s) filho(s).

Propõe-se, também, e de acordo com alguns autores - Feliciano, 2002; Tamez & Silva, 2002 -, que assim que o recém-nascido esteja estável e dentro dos critérios estabelecidos para poder contactar com os pais pele a pele (Método Canguru), os profissionais de saúde poderão incentivar este procedimento. Ainda para mais, este auxilia no desenvolvimento do processo de vinculação pai/mãe-filho.

O apoio psicológico (para si e/ou para o seu companheiro) durante o internamento foi também salientado por alguns pais, dando conta das necessidades da presença de um interlocutor especializado, junto do qual poderão encontrar momentos de ventilação e integração emocional (Barros, 2001; Feliciano, 2002). Posto isto, nos casos que inspirem uma intervenção mais específica e individualizada, os pais poderão ser encaminhados para serviços da comunidade (e.g. psicólogo, assistente social ...), os quais poderão ajudar a colmatar as suas necessidades e preocupações específicas, nomeadamente aquando da alta (ajudas, nomeadamente em termos financeiros) (Feliciano, 2002; Gronita, 2007). As necessidades de melhores condições físicas/de hotelaria oferecidas pelo hospital (sala de estar, quartos para pernoita), no sentido de facilitar o seu descanso, convívio e descontração durante a permanência no hospital, foram também salientadas por vários dos pais entrevistados, assim como por alguns investigadores nos seus estudos - Hummelinck e Pollock, 2006; Shields, Young e McCann, 2008; Soares, Santos e Gasparino, 2010. A estas acresceram as de apoio financeiro que assumem particular expressão, ao anteciparem as despesas inerentes à aquisição de determinados recursos físicos e materiais que lhes permitam acolher em casa o bebé com necessidades de cuidados especiais, ou, de recorrerem a assistência médica e terapêutica adicional exigida pela condição do filho (Deave, Johnson e Ingram, 2008).

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES NA NEONATOLOGIA

Antecipando também o momento da alta, os pais referiram inclusivamente a necessidade do bebé ficar estabilizado em termos de saúde para poder ir para casa e todos poderem regressar à vida “normal”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificando-se, nos últimos anos, uma preocupação crescente em tornar as Unidades de Neonatologia ambientes mais acolhedores e menos impessoais, não só no seu espaço físico mas, também, no que se refere ao comportamento e à atitude das equipas, que procuram conciliar recursos tecnológicos com cuidado humanizado e integral, as sugestões deixadas procuram essencialmente enfatizar o papel dos profissionais da UN, enquanto agentes determinantes no desenvolvimento de competências, autonomia e das capacidades parentais. Esta asserção assenta nas inúmeras evidências que revelam que pais que recebem apoio centrado na família - sendo simultaneamente alvo dos cuidados dos profissionais de saúde e parceiros no cuidar - desenvolvem um sentimento crescente de controlo sobre os cuidados a prestar aos filhos (Dunst, 2000; Silva, 2002). Tal como a literatura na área também enfatiza (Lindberg, 2009; Soares et al., 2010; Tamez & Silva, 2002; Viana et al., 2005), assume-se entre os autores deste trabalho que a eficácia da intervenção numa UN depende largamente dos processos comunicacionais estabelecidos entre estas famílias e a equipa de cuidados, devendo-se, pois, dar especial atenção à qualidade dos mesmos (Soares et al., 2010; Viana et al., 2005). O respeito pelas crenças, valores e sentimentos destas famílias; informação clara, coerente e ajustada aos *timings* dos pais; relações de colaboração e confiança mútua entre a equipa e os pais; escuta ativa e empática das necessidades e inquietações, ou, a criação de espaços de partilha, ventilação e integração emocional são particularmente relevantes.

Adicionalmente, à semelhança do que a revisão da literatura dá a conhecer, o presente trabalho sugere a relevância de se dar espaço para os pais partilharem as experiências e emoções vivenciadas durante o internamento do bebé. O simples facto de dar espaço para estes verbalizarem e tornarem conscientes alguns dos aspetos mais significativos desta experiência pode ter algum impacto “terapêutico”. A par do sentimento de solidão, por vezes, associado a esta experiência, que, aliás, alguns dos pais do presente estudo evocaram, as intensas emoções experienciadas e a dificuldade na sua gestão são, por vezes, motivo da sua não verbalização e partilha, podendo estes dar lugar a processos que, sob o ponto de vista psicológico e emocional, poderão acentuar a vulnerabilidade destes pais (e respetivas famílias).

Tendo em consideração que um dos objetivos dos profissionais de saúde é intensificar o vínculo entre os pais e o bebé, a assistência aos pais deve, pois, ser uma prioridade nos serviços de neonatologia. O acolhimento, a compreensão e o apoio emocional a estes pais, bem como o seu envolvimento ativo nos cuidados ao seu filho são fundamentais e contribuem para a recuperação do bebé (Frota, Campos, Pimentel & Esteche, 2007).

Para finalizar, gostaríamos de referir uma das limitações identificadas: apesar dos participantes constituírem um número considerável (20 mães/pais), ao realizar a análise e, depois, a discussão dos resultados, tivemos de ter em consideração que não entrevistámos um igual número de mães/pais (mais mães do que pais). Tal disparidade fez com que analisássemos de forma ainda mais cuidadosa os dados recolhidos.

REFERÊNCIAS

- Abdeyazdan, Z.; Shahkolahi, Z. & Hajiheidari, M. (2014). A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*, 19(4), 349-353.
- Barros, L. (2001). A unidade de cuidados intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto Editora.
- Barry, L. & Singer, G. (2001). Reducing maternal psychological distress after the NICU experience through journal writing. *Journal of early intervention*, 24 (4), 287-297.
- Bigelow, A.; Littlejohn, M.; Bergman, N. & McDonald, C. (2010). The relation between early mother-infant skin-to-skin contact and later maternal sensitivity in South African mothers of low birth weight infants. *Infant mental health journal*, 31 (3), 358-377.
- Brum, E. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & saúde coletiva*, 9 (2), 457-467.
- Deave, T.; Johnson, D. & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*, 8 (30), 1-11.
- Diaz, Z.; Caires, S. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 85-93.
- Dunst, C. (2000). Revisiting Rethinking Early Intervention. *Topics in early childhood special education*, 20 (2), 95-104.
- Feliciano, M. (2002). *A relação pais-infante prematuro vivida através do Método Canguru utilizando o Video Interaction Guidance (VIG) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e o Video Hometraining (VHT) no domicílio*. Dissertação de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Ferreira, A.; Pinto, A.; Parreira, F.; Gonçalves, G. & Coelho, Z. (2005). O brincar como mediador da relação pais e filhos no contexto ambulatorial e hospitalar: relato de uma experiência. *Anais do 8.º encontro de extensão da UFMG*. Belo Horizonte.
- Frota, A.; Campos, A.; Pimentel, Z. & Esteche C. (2007). Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. *Cogitare Enferm.* Jul-Set, 12(3), 323-329.
- Griffin, T. & Abraham, M. (2006). Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. *The journal of perinatal & neonatal nursing*, 20, 243-249.
- Gronita, J. (2007). *O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.
- Hall, E. (2005). Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian journal of caring sciences*, 19, 179-185.
- Howland, L. (2007). Preterm birth: implications for family stress and coping. *Newborn and infant nursing reviews*, 7, 14-19.
- Hummelinck, A. & Pollock, K. (2006). Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: a qualitative study. *Patient educ couns*, 62 (2), 228-234.
- Kristjánsdóttir, G. (1995). Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-six-year-olds. *Scandinavian journal of caring sciences*, 9 (2), 95-103.
- Leske, J. (1991). Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. *Heart and lung: journal of critical care*, 20 (3), 236-244.

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES NA NEONATOLOGIA

- Lindberg, B. & Ohrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in Northern Sweden. *International journal of circumpolar health*, 67 (5), 461-471.
- Lindberg, B. (2009). *When the baby is premature. Experiences of parenthood and getting support via videoconferencing*. Doctoral Thesis. Sweden: Lulea University of Technology.
- Lindberg, B.; Axelsson, K. & Ohrling, K. (2007). The birth of premature infants: experiences from the fathers' perspective. *Journal of neonatal nursing*, 13, 142-149.
- Lundqvist, P.; Hellstrom, W. & Hallstrom, I. (2007). From distance toward proximity: fathers lived experience of caring for their preterm infants. *Journal of pediatric nursing*, 22, 490-497.
- McCluskey-Fawcett, K.; O'Brien, M.; Robinson, P. & Asay, J. (1992). Early transitions for the parents of premature infants: implications for intervention. *Infant mental health journal*, 13, 147-156.
- Merritt, T.; Pillers, D. & Prows, S. (2003). Early NICU discharge of very low birth weight infants: a critical review and analysis. *Seminars in neonatology*, 8, 95-115.
- Miles, M. & Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Seminars in perinatology*, 21 (3), 254-266.
- Parker, L. (2011). Mothers' experience of receiving counseling/psychotherapy on a neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal Nursing*, 179, 182-189.
- Ribeiro, M. & Sarmiento, T. (2005). O envolvimento dos pais na construção de uma rede terapêutico-educativa. *Inclusão*, 6, 21-43.
- Rocha, G.; Candeias, L.; Ramos, M.; Maia, T.; Guimarães, H. & Viana, V. (2011). Stress e satisfação das mães em Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Med Port*, 24 (S2), 157-166.
- Shields, L.; Young, J. & McCann, D. (2008). The needs of parents of hospitalized children in Australia. *Journal of child health care*, 12, 60-75.
- Silva, O. (2002). A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: teoria e prática*, 4 (2), 15-24.
- Soares, L.; Santos, R. & Gasparino, R. (2010). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (4), 644-650.
- Tamez, R. & Silva, M. (2002). *Enfermagem na UTI neonatal - assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Valente, A. & Seabra-Santos, M. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (1), 1-7.
- Viana, V.; Guimarães, H.; Maia, T.; Ramos, M. & Mendes, F. (2005). Apoio às mães em crise num serviço de Neonatologia. *Psicologia, saúde & doenças*, 6(2), 119-130.
- Wigert, H.; Hellstrom, A. & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care - a field study. *B.M.C. Pediatrics*, 8 (3), 1-9.

Anexo VIII – Artigo “Validação do trabalho emocional em enfermagem numa unidade de neonatologia”.

Validação do trabalho emocional em enfermagem numa unidade de neonatologia

Paula Diogo*

Hugo Gonçalves Martins**

Nuno Pedro Ferreira da Silva Fernandes***

Introdução: Os processos de saúde-doença estão habitualmente associados a uma emocionalidade intensa que acentua o sofrimento, momento, no cliente pediátrico. Concomitantemente, cuidar em pediatria implica um grande desafio emocional para os enfermeiros (Mauder, 2000). Este trabalho emocional em enfermagem, de dupla centralidade, foi estudado por Diogo (2015, 2017) daí resultando uma hipótese explicativa do processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros, conduzindo a uma teoria de médio-alcance do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, mas que carece de validação.

Objetivos: 1) Validar o processo de trabalho emocional dos enfermeiros numa unidade de neonatologia; 2) Verificar a aplicabilidade da teoria de médio-alcance proposta: se as evidências reforçam ou refutam o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Pretende-se verificar se a teoria de médio-alcance proposta é confirmada ou refutada, na sua generalidade, pelos enfermeiros de uma unidade de neonatologia, e desenvolver as características do processo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Metodologia: Estudo de abordagem quantitativa, descritivo, para verificação da hipótese emergente sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Os participantes são 22 enfermeiros de uma unidade de neonatologia, de um hospital pediátrico português. Foi construído um questionário misto, adaptado da árvore categorial emergente no estudo primário. A aplicação dos questionários realizou-se em janeiro e fevereiro de 2015, após a autorização da Direção de enfermagem. O tratamento de dados quantitativos foi realizado no programa SPSS®, estatística descritiva do tipo não-paramétrico. Os dados de natureza qualitativa foram sujeitos a análise de conteúdo convencional.

Resultados: Os resultados revelam que as cinco categorias do processo de trabalho emocional propostas são consideradas pelos enfermeiros participantes como relevantes, dada a importância atribuída em contexto de uma unidade de neonatologia: 1) Na categoria Promover um ambiente seguro e afetivo, para cada estratégia e em média ($89,10 \pm 11,36$)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 2) Na categoria Notar os cuidados com afeto, para cada estratégia e em média ($92,6 \pm 16,04$)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 3) Na categoria Gerir as emoções dos clientes para cada estratégia e em média ($95 \pm 9,12$)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 4) Na categoria Construir a estabilidade na relação, para cada estratégia e em média ($96,0 \pm 4,61$)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 5) Na categoria Regular a disposição emocional para cuidar, para cada estratégia e em média ($90,9 \pm 13,51$)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial.

Conclusões: Os enfermeiros participantes confirmam o trabalho emocional na sua prática em contexto de neonatologia, e deste modo validam o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Os resultados demonstram que as estratégias de trabalho emocional estão integradas nos cuidados, pois em média cada uma é reconhecida e valorizada como importante, muito importante ou essencial por 93% dos enfermeiros. As condições do ambiente e dos clientes determinam as estratégias de trabalho emocional que são refutadas por 7% dos enfermeiros. O desenvolvimento da teoria de médio-alcance proposta, visando alcançar confiabilidade e robustez, exige prosseguir na sua aplicabilidade e replicação em diferentes contextos clínicos pediátricos.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; neonatologia; trabalho emocional; validação da teoria

Referências bibliográficas: Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Louren, Portugal: Lusodidacta.

Diogo, P. (coord.). (2017). *Investigar os fenômenos emocionais da prática e da formação em enfermagem*. Louren, Portugal: Lusodidacta.

Mauder, E. Z. (2000). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(1), 45-50. doi: 10.4103/0975-1075.41935

Smith, P. (2012). *Emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2ª ed.). Hampshire, England: Palgrave Macmillan.

* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermagem da Criança e do Jovem, Prof. Adjunta

** Hospital Fernando da Fonseca, Enfermeiro

*** Hospital de Vila Franca de Xira, Enfermeiro

Apêndice XVI – Identificação das Necessidades de Gestão Recíproca das Emoções e da Informação - Desenvolvimento do Algoritmo de Atuação em Enfermagem:
Gestão Recíproca das Emoções e da Informação



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Identificação das Necessidades de Gestão Recíproca das Emoções e da Informação - Desenvolvimento do Algoritmo em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Fevereiro, 2019

NOTA INTRODUTÓRIA

O cuidar requer ações facilitadas que permitam os outros resolver os problemas, simplificando o seu crescimento, indo para além do aqui e agora, relacionando-se com o conhecimento geral e específico do cuidar e das respostas humanas (Watson, 2012). Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem envolver uma variedade de intervenções que necessitam de se apoiar em evidência baseada em investigação (Craig & Smith, 2004). Este documento tem por objetivo demonstrar a aquisição de conhecimento no que diz respeito à identificação das necessidades de gestão recíproca das emoções e da informação, através de uma escrita reflexiva, tão importante para a finalização do algoritmo de enfermagem em desenvolvimento.

A situação de hospitalização pode constituir-se num momento de crise (Jorge, 2004), e consequentemente desequilíbrio para a criança e sua família. A doença representa uma alteração dos seus hábitos, para além de poder provocar sofrimento, cada criança e cada família reage individualmente às vivências da hospitalização (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Considerando o comprometimento físico e psicológico que advém da situação de internamento, e percebendo as especificidades de cada criança e sua família, é exigido ao enfermeiro um abrangente conjunto de competência que lhe permitam a promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010). Para cuidar atendendo ao holismo, o enfermeiro terá de possuir a capacidade de detetar sentimentos e a condição íntima do outro, podendo fazê-lo através de ações, palavras, comportamentos, cognição, linguagem corporal, sentimentos, sensação e intuição (Watson, 2012).

As emoções assumem um papel fundamental na nossa vida, pois “informam-nos a cada instante acerca do que estamos a viver” (Regard, 2007, p.55). Captam a atenção funcionando como avisos, convites, alarmes ou mensagens poderosas, que transmitem informação importante, sem necessariamente de a colocarem por palavras (Goleman, 2012). Tal como, guiam e suportam as funções da atenção e da cognição de processo perceptivo, simbólico e lógico e as funções executivas de resolução de problemas (Fonseca, 2016). Posto isto, salienta-se que as reações emocionais e a compreensão cognitiva constituem respostas às doenças e tratamentos, podendo comprometer o relacionamento emocional (Diogo, 2006). Tendo em conta a evidência, pode afirmar-se que as emoções dizem-nos em que concentrar a atenção e quando estar pronto para a ação (Goleman, 2012). Quando a criança recebe cuidados, frequentemente desenvolve medos difíceis de gerir, algumas estratégias podem ser

utilizadas, nomeadamente estratégias verbais (Phaneuf, 2005). As emoções, constituem-se simultaneamente na mensagem, no meio e finalidade na intervenção terapêutica (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). “As ações/interações direcionadas para a gestão das emoções conduzem à diminuição da ansiedade e do medo, permitindo tranquilizar e, deste modo, minimizam o sofrimento” (Diogo, 2015, p. 144).

Tendo em conta a problemática em estudo, salienta-se que a gestão de sentimentos expressos serve-se de um conjunto de estratégias, que em muito se confundem com a gestão da informação, sendo que as principais ações mobilizam a promoção da confiança pela explicação de sintomas, antecipação, proposta de soluções e oferta de disponibilidade (Lopes, 2006). As estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação, são fulcrais nessa promoção de confiança no cliente.

O objetivo do presente documento consiste, na identificação das necessidades de gestão recíproca das emoções e da informação através da descrição e reflexão de situações de prestação de cuidados, almejando que os seus contributos se constituam numa mais-valia na construção do algoritmo de atuação em enfermagem. Assim, inicialmente são descritas experiências de prestação de cuidados, para posterior reflexão e acomodação de aprendizagens.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação de prestação de cuidados que tenho por base para esta reflexão, foi-me proporcionada pelo menino S. de 3 anos. O S. apresentou uma queda da qual resultou uma fratura do fémur. Inicialmente, foi transportado durante algum tempo entre as unidades do centro hospitalar, tendo posteriormente chegado ao serviço de internamento cirúrgico onde iria ficar internado durante alguns dias.

Aquando a sua chegada, o S. foi submetido a uma tração cutânea “*au zénit*”, onde permaneceu durante dois dias, depois disso até ao bloco operatório para lhe ser colocado gesso no membro inferior sob sedação. Após colocação de gesso o S. regressou do bloco operatório bastante choroso, agitado, aparentemente com medo, a pedir colo à sua mãe, que não o poderia fazer pois a imobilização gessada ainda estava molhada e não o permitia. Ao ver a reação do menino, a mãe também ficou ansiosa.

Perante estes sentimentos expressos pelo S. tentei acalmá-lo falando num tom de voz baixo e calmo, referindo que estava tudo bem, que não precisava de ter medo, estimei a presença da mãe do S., mas nada parecia acalmá-lo. Ao final de alguns minutos pensei que o seu medo e ansiedade pudessem estar associados a dor, avaliei a dor junto do S. utilizando a escala FLAAC, e administrei a analgesia prescrita. Com o intuito da aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, e de gestão das emoções reativas, utilizei a mãe do S. como parceira e perguntei quais as brincadeiras que o S. mais gostava de fazer, ao que a mãe disse que gostava muito de brincar com carrinhos. Fui até à sala de brinquedos, recolhi todos os carrinhos de brincar que lá existiam, e com a ajuda de folhas de papel desenhei algumas “estradas” no fundo da cama do S., assemelhando-se a uma “pista de carros”. O S. ao ver tantos carrinhos de brincar, muito pouco a pouco foi acalmando e começou a interessar-se pela brincadeira. Quando percebi que finalmente o S. estaria mais calmo, abordei-o perguntando-lhe numa linguagem simples se “tinha dói-dói” ou se tinha medo, ao que ele referiu que “não queria aquilo (gesso) na sua perna”, permaneci algum tempo com o S., mostrando-me disponível e explicando que o que tinha na sua “perninha” chamava-se gesso, e que era preciso para a “concertar” e ele voltasse a poder correr. O S. fez mais algumas perguntas acerca “da coisa” que estava no seu membro inferior, e eu fui explicando à medida da sua compreensão, com uma linguagem simples. No final da interação o S. estava muito mais calmo, certamente com uma perceção do procedimento de colocação de gesso bem diferente, com maior sentimento de

controle pois adquiriu maior entendimento do que lhe tinha acontecido, mostrando-se mais calmo, bem-disposto e colaborante.

REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA...

A reflexão sobre as práticas tem por objetivos aumentar a confiança do profissional de enfermagem no seu desempenho, melhorar a aptidão para fazer correto numa próxima vez, abordando a enfermagem de forma crítica, intencional e sistemática, obtendo conhecimentos a partir de experiências práticas (Santos & Fernandes, 2004, citando Pereira).

Aquando a receção do S. proveniente do recobro, identifiquei que estava a vivenciar um pico emocional intenso, despoletado provavelmente pelo fato de ter sido submetido a um procedimento no bloco operatório (onde a sua mãe não o acompanhou em todos os momentos, em que o ambiente era diferente, onde existiam muitas pessoas estranhas, algumas com a cara tapada e equipamentos que nunca tinha visto). Quando regressou ao seu quarto, identifiquei a presença de emocionalidade negativa através da presença de choro, medo, agitação, tristeza, percebendo que, para que S. e a sua mãe alcançassem algum bem-estar eu teria de adotar estratégias eficazes nesse sentido. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), “identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico” (Diário da República [DR], 2018, p.19193). A ansiedade e o medo associados a procedimentos, constituem-se num dos principais focos de atenção de enfermagem (Diogo et al., 2015), tive então como foco a adoção de estratégias que ajudassem o S. e a mãe a chegar à tranquilidade. Tal como refere Diogo (2015) os enfermeiros, fazem como que um perfil emocional dos clientes, o que permite antecipar estratégias, planejar intervenções adaptando o seu agir.

Inicialmente na abordagem a S. utilizei um tom de voz baixo e afetuoso para tentar acalmá-lo, segundo Diogo e Baltar (2012) os enfermeiros imprimem um afeto em cada ação/interação ajudando a gerir as emoções dos clientes, assumindo o papel de transformar positivamente a experiência emocional nas interações, com repercussões importantes no seu desenvolvimento global. Estimulei a presença da mãe de S., pois os enfermeiros procuram diminuir a ansiedade, medo ou angústia das crianças dando espaço à família, garantindo que estejam presentes e participem (Diogo, 2015). Ao perceber que esta postura calma e carinhosa, e a presença da mãe não estavam por si só a tranquilizar o S., percebi que teria de continuar a mobilizar estratégias que me permitissem ganhar a confiança do S. e potenciar o seu autocontrolo.

S. é uma criança em idade pré-escolar, sendo perceptível o seu egocentrismo enunciado por Hockenberry (2014), e a fraca capacidade para suportar a frustração referida pela OE (2011). No decorrer da minha abordagem utilizei uma linguagem simples e concreta, tentando obter a confiança do S., mostrando-me disponível, e procurando a empatia. Para Hockenberry e Barrera (2014), a empatia é a capacidade de compreender o que a outra pessoa está a experimentar do ponto de referência da mesma, ou seja, colocar-se no lugar do outro, compreendendo os seus sentimentos. Ao colocar-me no lugar do S., depois de ter experimentado o momento da fratura do fémur, uma tração *au zénit* durante uns dias, e depois ter sido separado por uns momentos da sua mãe para ida ao bloco operatório para lhe ser colocada uma imobilização gessada no membro inferior, percebo a importância de adotar estratégias que o ajudassem a diminuir a emocionalidade excessiva.

A dada altura da interação de cuidados, ponderei que a agitação de S. também estivesse associada à dor, tal como refere a OE (2013) associada à experiência de dor nas crianças podem estar o medo e a ansiedade, sendo estes fatores que dificultam não só a avaliação da dor, como também a tomada de decisão dos profissionais. Após avaliar a dor através da escala FLAAC, que segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2010) é a escala recomendada para a avaliação da dor nas crianças menores de quatro anos, procedi à administração de analgesia. Tal como refere o DR (2018) o EEESIP, prescreve intervenções de enfermagem face aos problemas identificados, nomeadamente na gestão da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas), no que concerne às medidas não farmacológicas, utilizei a distração, pois proporcionei que jogasse com o seu jogo favorito, sendo também ponderada a ação de desviar o foco de atenção, como uma das estratégias direcionadas à gestão das emoções reativas (Diogo, 2015). Recorri ao brincar, para entrar no “seu mundo” estabelecendo uma comunicação adaptada ao estágio de desenvolvimento do S. Ao brincar a criança adapta-se ao mundo real, conhece os sentimentos, as hierarquias e as relações (OE, 2010). Aludindo a Pereira et al. (2010), a atividade de brincar desenvolvida com a criança que está a experienciar um internamento em contexto cirúrgico mobiliza importantes resultados terapêuticos como a adaptação à experiência e a estabilidade emocional. Nesta situação de prestação de cuidados, pude verificar que apenas quando comecei a comunicar adequadamente com o S. através da sua brincadeira preferida, ele progressivamente começou a ficar mais calmo, e a começar a expressar os seus sentimentos. Corroborando a OE (2013) menciona que, quando brinca a criança expressa os seus

medos, desejos e experiências vividas, tendo possibilidade de libertar emoções, tensões e frustrações, podendo assumir o controlo das situações que a assustam. Após brincar durante uns instantes com o S., entrando no seu mundo egocêntrico e de pensamento mágico, consegui perceber que estava assustado com a imobilização gessada. Os enfermeiros devem promover e apoiar a expressão e verbalização de sentimentos, medos e ansiedades das crianças, delineando intervenções adequadas para uma boa prática (OE, 2011), pois isso é essencial para a mobilização e desenvolvimento de mecanismos de *coping* face à situação de internamento que está a vivenciar (Pereira et al., 2010).

Para além das estratégias identificadas, destaco também a utilização da parceria de cuidados com a mãe do S., pois para além de ter promovido sempre a presença da mesma junto do seu menino, em conjunto com a mesma procurei perceber qual era a brincadeira que o S. mais gostava. Importa referir que a presença e envolvimento da família, é imprescindível para incentivar a comunicação e ajudar a criança a abrir-se ao diálogo e expressar as suas necessidades (OE, 2011).

De entre as estratégias mobilizadas, destaco como essencial o fornecimento de informação ao S. e à sua mãe, tendo-se constituído como fundamental comunicar com o S. adotando ações que providenciaram uma comunicação efetiva. No final da interação, foi fornecida informação que procurou ir encontro das suas dúvidas e ansiedades, fazendo-o perceber o que se estava a passar, proporcionando-lhe sentimento de controlo sobre a situação e consequentemente, tranquilidade e bem-estar.

As emoções modificam funções intelectuais, nomeadamente o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração e a consciência crítica (Martins & Melo, 2008, citando Vaz Serra), daí que as emoções de S. não permitissem que inicialmente ele se concentra-se e presta-se atenção ao que estaria a tentar transmitir-lhe. Foi necessário realizar uma gestão emocional prévia ao fornecimento de informação. A gestão dos medos está inerente à intervenção terapêutica de enfermagem, na qual os enfermeiros mobilizam estratégias que podem reduzir o medo e aumentar a segurança e controlo sob a situação, ajudando a gestão de situações emocionalmente intensas (Diogo et al., 2015). Assim, após ajudar à sua gestão de emoções reativas, tive “espaço” para a completar fazendo uso da gestão da informação, por forma ao S. perceber a situação que estava a vivenciar. A gestão dos sentimentos está relacionada com a gestão da informação (Lopes, 2006), quando se fornece informação ocorre aumento de conhecimento e diminuição de ansiedade

(Cumino et al., 2013). As crianças adaptam-se melhor quando obtêm informação acerca da situação ameaçadora, e quando utilizam alguma forma de confronto ativo (Barros, 2003). É importante explicar-se à criança de forma progressiva, repetindo as vezes que forem necessárias, com um discurso verbal adequado ao seu desenvolvimento cognitivo (OE, 2013).

No período pós-operatório cabe ao bom desempenho do enfermeiro, cuidar com as suas habilidades técnicas, mas também com sensibilidade para detetar o que esconde a criança (Persegona & Zagonel, 2008). Assim, nesta situação de prestação de cuidados foi perceptível uma gestão das emoções de S., promovendo-lhe um maior sentimento de controlo e bem-estar, tal como afirmado por Benner e Wrubel (1989) a gestão das emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de experiência dos enfermeiros, sendo que os peritos tendem mais a envolver-se e a darem grande importância na sua prática às emoções.

Pelo supracitado, faço menção ao desenvolvimento de competências: “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, “E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”, “E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, “E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”, “E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”, “E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar”, “E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem”, “E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções”. (DR, 2018, p. 19193-19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Craig, J & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cumino, D., Cagno, G., Gonçalves, V., Wajman, D. & Mathias, L. (2013). Impacto do tipo de informação pré-anestésica sobre a ansiedade dos pais e das crianças. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63 (6), 473-482.
- Diogo, P. & Baltar, P. (2012). Determinantes Afetivos de Cuidar a Criança Hospitalizada Sem Acompanhante. *Padrões de Qualidade em Saúde Mental*, 148-160.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ªed). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com Competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 13, 43-51.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 102 (33), 365-384.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. & Melo, J. (2008). Emoção...Emoções...Que Implicações para a Saúde e Qualidade de Vida?...*Spectrum*, 125-148.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série 1, 3 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série I, 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, 3 (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Persegona, K. & Zagonel, I. (2008). A Relação Intersubjetiva Entre o Enfermeiro e a Criança com Dor na Fase Pós-Operatória no Ato de Cuidar. *Esc Anna Nery Enferm*, 12 (3), 430-436.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regard, J. (2007). *As Emoções Simplesmente*. Lisboa: Norprint.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

Apêndice XVII – *Check-list* de Identificação das Necessidades Informativas Para
Preparação do Regresso a Casa



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

***Check-List* de Identificação das Necessidades**
Informativas Para Preparação do Regresso a Casa

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa
Fevereiro, 2019

CONTEXTUALIZAÇÃO

Na minha prática de cuidados tenho sempre como foco o superior interesse da criança e da família, tal como a sua satisfação, daí a procura permanente da excelência (Diário da República [DR], 2015). Deste modo, entendo a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções, a procura constante de empatia na relação, a concretização de atividades que visam minimizar o impacto dos *stressores* associados à hospitalização e o respeito pela informação (DR, 2015), como essenciais na prestação dos cuidados holísticos. Refletindo na problemática em estudo, acerca da gestão recíproca das emoções e da informação enquanto intervenção de enfermagem, e no meu contexto de trabalho, surgiu a necessidade e oportunidade de elaborar esta *check-list* de preparação para o regresso a casa (Apêndice I), não só para melhorar a prestação de cuidados à criança e à sua família, capacitando-os e promovendo-lhes sentimento de controlo sobre a situação e o consequente bem-estar, como também para melhorar a qualidade de cuidados prestados da instituição onde exerço funções.

No processo de cuidar é fundamental responder ao mundo interior do cliente, o enfermeiro deverá ajudar o indivíduo a encontrar significado na sua existência, no sofrimento promovendo o seu autocontrolo, a escolha e a autodeterminação de decisões de saúde (Watson, 2012). Nesta relação, para além da compreensão das necessidades e dificuldades do cliente é possibilitada a partilha de angústias e sentimentos (Phaneuf, 2005), utilizando sensibilidade e afetividade no cuidar, ficando aberto às emoções da pessoa, permitindo a expressão emocional, cuidando com emotividade por forma a promover o bem-estar do cliente (Diogo, 2006). Salienta-se que uma estratégia muito utilizada pelos enfermeiros para lidar com a ansiedade dos clientes é o explicar e esclarecer dúvidas, sendo demonstrada disponibilidade e explicações pormenorizadas para que o cliente compreenda melhor a situação pela qual está a passar, sinta um maior controlo e se mantenha calmo (Diogo, 2015).

Enquanto enfermeira num serviço de internamento cirúrgico no qual as crianças e suas famílias vivenciam uma situação de hospitalização programada ou não, em regime de internamento, ou em regime de ambulatório, sinto a necessidade de reciprocamente responder à sua gestão emocional e à gestão da informação, uma vez que ambas se encontram interligadas. Para além das experiências emocionais poderem dificultar a assimilação de informação no período pós-operatório, a informação insuficiente acentua a emocionalidade e a falta de sentimento de controlo

sobre a situação no regresso a casa. Corroborando, Barros (2003) afirma que a perturbação emocional que acompanha a comunicação de informação acerca da situação de saúde, conduz a grandes enviesamentos no modo como a informação é compreendida e assimilada tanto pelas crianças como pela família. Indo ao encontro do que é defendido por Broering e Crepaldi (2008) citando Andraus, Minasava e Munari, as pessoas que têm informação acerca de situações potencialmente geradoras de ansiedade, experimentam um maior sentido de controlo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos. Assim, se percebe o quanto as emoções e as informações estão interligadas, e devem ser tidas em atenção aquando a prestação de cuidados, nomeadamente no período pós-cirúrgico aqui evidenciado.

Neste período pós-operatório, a intervenção de enfermagem deve focalizar a sua atenção, não só no fornecimento de informações e esclarecimento de dúvidas à criança e à família (nomeadamente validação e reforço de ensinamentos antecipatórios efetuados no período pré-operatório), como também deve ajudar a criança a analisar a perceção da cirurgia na sua perspetiva, utilizando estratégias adequadas às suas características, uma vez que esta continua a elaborar as suas ideias e emoções. Deve também ser-lhe proporcionada distração, e brinquedos adequados à idade e estágio de desenvolvimento; deve preparar-se a criança e a família para procedimentos terapêuticos (realizando gestão emocional de antecipação); tal como também, devem ser adotadas estratégias eficazes de preparação para a alta (OE, 2011a).

O processo de alta inicia-se com a colheita de dados que é realizada aquando a admissão da criança e da família, nesta admissão deve ser utilizada a oportunidade para preparar o cliente pediátrico para a transição para casa (Opperman & Cassandra, 2001). Apoiando estes aspetos, a OE (2011b) afirma que o planeamento da alta é um processo complexo, que deverá iniciar-se na admissão, desenrolando-se no decorrer do internamento, devendo o enfermeiro incentivar o envolvimento da família nos cuidados. A família é a melhor especialista nos cuidados à criança, devendo os cuidados serem direcionados no sentido de uma maior colaboração, trabalho estruturado, articulado e partilhado para melhorar a coordenação dos mesmos (Brazelton & Sparrow, 2003). Estes aspetos comprovam a importância dos cuidados centrados na família e da parceria dos cuidados.

Atendendo ao supracitado, surge a reflexão e elaboração desta *check-list* de identificação de necessidades informativas de preparação para o regresso a casa. Através da mesma, pretende-se que a criança (caso o seu estágio de desenvolvimento o permita), em conjunto com a sua família realize o seu

preenchimento, e confrontada com as questões que lhe são realizadas, pense nas dificuldades e dúvidas que surgiram no seu regresso a casa, e as identifique para que a equipa de enfermagem valide os conhecimentos, e incida a sua preparação nas questões que suscitem maiores dúvidas. Ou seja, a criança ou apenas a família (quando o desenvolvimento da criança não o permite), anteriormente à alta clínica iram identificar as suas dúvidas e questões, as quais irão ser esclarecidas pelo enfermeiro, proporcionando-lhes não só maior sentimento de controle (pois irão estar na posse dos conhecimentos necessários ao seu regresso informado a casa), como uma promoção de emocionalidade positiva e consequente bem-estar. “No âmbito das respetivas competências, nos domínios da prática profissional, ético-legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro assume a oportunidade e o dever de facilitar o regresso a casa e contribuir para a satisfação do cliente (...)” (OE, 2011b, p. 62). Assim, para que haja uma participação da criança e da família e sua respetiva integração nos cuidados, através de um paradigma integrativo e holístico deve estabelecer-se uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimentos, sendo essencial que se capacite e disponibilize o suporte necessário para os dotar de competências para os cuidados, visando autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada (DR, 2015).

Refletindo no período pós-operatório, e na intervenção holística e humanizada de enfermagem, com enfoque no superior interesse da criança e da família, é elaborada esta *check-list* de identificação de necessidades informativas de preparação para o regresso a casa, a qual se pretende que venha a constituir-se num instrumento que ajude o enfermeiro a preparar e capacitar a criança e família para o seu regresso a casa, informado, seguro e com uma experiência de hospitalização o mais positiva possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003). O Modelo de Desenvolvimento Touchpoint. Acedido a 8/1/2019. Obtido de: http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/994/ThomasBerryBrazelton.pdf
- Broering, C. & Crepaldi, M. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18 (39), 61-72.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ªed). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta;
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 2(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série I, 3 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC

APÊNDICES

**Apêndice I – *Check-List* de Identificação de Necessidades Informativas na
Preparação para o Regresso a Casa**

Identificação da
instituição

Identificação do cliente

Check-list de Identificação de Necessidades Informativas na Preparação para o Regresso a Casa

A equipa de enfermagem quer ajudar-vos na preparação para o vosso regresso a casa. Assim, precisamos de saber quais as vossas dúvidas, para vos podermos esclarecer. Pedimos que respondam às questões que vos colocamos apenas com uma cruz.

As vossas repostas não vão ser avaliadas, nem impedir o vosso regresso a casa, mas sim, ajudar a que regressem a casa de forma informada e segura.

Necessidade de ensino	Não aplicável	Estamos Preparados	Ainda não estamos preparados	Validação aquando a alta
Alimentação				
Alimentos que posso comer				
Alimentos que devo evitar				
Qual a consistência dos alimentos que devo comer				
Até quando devo manter a dieta				
Higiene e Vestuário				
Realização da higiene				
Vestir-se				
Quais os cuidados a ter durante o banho				
Eliminação				
Os cuidados a ter após a eliminação				
Andar/Posicionar				
Deslocação				
Os cuidados a ter na deslocação				

Os posicionamentos que posso realizar				
Qual o posicionamento que não devo adotar				
Períodos de descanso e atividade				
Pensos ou Gessos				
Como proteger o penso ou o gesso				
O que fazer se o penso se molhar ou descolar				
O que fazer se molhar o gesso				
Quando existe gesso quais os sinais a que tenho de estar atento				
Qual deverá ser o posicionamento do membro que tem o gesso				
Medicação				
Como administrar a medicação em casa				
Qual a frequência de administração da medicação				
Sei qual a dose correta da medicação a administrar				
Intercorrências				
Como prevenir os acidentes				
Identificar os sinais de alerta				
Quais as situações que me obrigam a procurar os profissionais de saúde				
Quais as instituições de saúde onde posso recorrer				
Qual a evolução previsível no seu estado de saúde				
Capacitação no regresso a casa				
Entrega de documentos				
Nota de alta				
Marcação de Penso				
Marcação de consulta				
Marcação de exames				

Entrega de receita de medicação para o domicílio	
Percebidas todas as instruções	
Observações:	

Assinatura do Enfermeiro: _____

Assinatura do Prestador de Cuidados: _____

Apêndice XVIII – Sessão de Formação em Serviço “Cuidar da Criança em Pós-operatório e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem”



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

Relatório de Estágio

Sessão de Formação em Serviço:
“Cuidar da criança em pós-operatório e da sua família: a
gestão recíproca das emoções e da informação enquanto
intervenção de enfermagem”

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Fevereiro, 2019

CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS

Enfermagem é um conceito filosófico que inspira ternura e tem significados para as pessoas, na sua prática os enfermeiros dão ênfase à dimensão relacional na relação do cuidar e o cuidado holístico central nos seus cuidados (Watson, 2012). Neste sentido, entende-se que o cuidar em Enfermagem consiste numa prática complexa, que não envolve apenas técnicas e tecnologias, mas também a complexidade de lidar com outro ser humano, o que implica conhecer a sua história, as suas crenças, emoções e desejos (Ferreira, 2006). Desta forma, na interação de cuidados com o cliente existe uma partilha emocional da experiência humana, pois neste processo relacional estão sempre presentes emoções e sentimentos quer do enfermeiro, quer do cliente (Diogo, 2006).

Atendendo ao que foi referido as emoções assumem um papel fundamental na vida do cliente, tornando-se essencial para a criança uma eficaz gestão das mesmas, mobilizando e desenvolvendo mecanismos de *coping* frente à situação de hospitalização e cirurgia que está a viver (Pereira et al., 2010). É destacada a importância das emoções na enfermagem, sendo que a gestão das emoções é essencial na relação interpessoal é uma dimensão dos cuidados, na qual os enfermeiros conseguem mostrar sensibilidade e compreensão pelo outro (Diogo, 2015).

Relacionando a pertinência destes aspetos acerca da gestão recíproca das emoções e da informação, Hockenberry e Barrera (2014) afirmam que deve ser dada atenção às necessidades emocionais, que muitas vezes requerem suporte e aconselhamento. O suporte pode ser oferecido de diversas formas, e o aconselhamento envolve a troca mútua de ideias e opiniões que forneçam bases para a resolução de problemas. Devem também estar presentes o suporte, ensino e técnicas que aumentem a expressão de sentimentos e pensamentos numa abordagem de ajuda para enfrentar o *stress*. Corroborando, Lopes (2006) expõe que na reciprocidade da gestão de sentimentos e de informação, tenta-se não só apaziguar a ansiedade e a insegurança, como também que o cliente descubra os meios que lhe permitem encontrar um sentido. Quando os enfermeiros fornecem informação aos clientes estão a dar-lhes recursos que possibilitam uma avaliação mais adaptada, atenuando assim a sua emocionalidade (Joyce & Barros, 2005). É explícito, que as crianças se adaptam melhor quando se envolvem em qualquer forma de preparação e controlo acerca das experiências *stressantes*, quando procuram

informação sobre a situação ameaçadora, e geralmente quando utilizam alguma forma de confronto comportamental ou cognitivamente ativo (Barros, 2003). Tendo estes aspetos em conta, e prestando cuidados num serviço de internamento cirúrgico onde as crianças são submetidas a cirurgia, muitas vezes com caráter de urgência, sem possibilidade de preparação, é extremamente relevante atender à gestão recíproca das emoções e da informação. Assim, surge a formação em serviço intitulada “Cuidar da Criança em Pós-Operatório e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem”.

Torna-se fundamental abordar estes aspetos num contexto de prestação de cuidados em que os mesmos se aplicam. Segundo Lopes (2001), os enfermeiros devem participar na prática, por forma a que consigam atingir a excelência que lhe permita pôr a técnica ao dispor do cliente, de forma criativa transformando a prestação dos cuidados numa arte, preservando sempre a dignidade da pessoa. Mencionando Benner (2001), expõem-se que as enfermeiras apropriam-se de uma quantidade tal de conhecimentos, que se tornam capazes de compreender, interpretar e responder às várias necessidades dos clientes.

No âmbito da melhoria dos cuidados a prestar à criança e família, surge a realização desta sessão de formação em serviço com a equipa de enfermeiros, na qual pretendo para além da partilha de conhecimentos, a reflexão acerca das nossas práticas.

Os objetivos gerais desta formação em serviço são: destacar a relevância da gestão recíproca das emoções e da informação no cuidar a criança em pós-operatório e sua família; apresentar o algoritmo de atuação em enfermagem acerca da gestão recíproca das emoções e da informação e expor uma proposta de *check-list* de identificação de necessidades informativas de preparação para o regresso a casa.

Como objetivos específicos: contextualizar a gestão recíproca das emoções e da informação, explicitar a importância da intervenção de enfermagem na gestão recíproca das emoções e da informação e promover a discussão acerca dos contributos da problemática para a prática de enfermagem.

Tendo em conta que “é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade (Diário da República [DR], 2015, p.16662). Considero esta formação em serviço como uma mais valia, não só no meu percurso académico e profissional, como também para a

instituição onde presto cuidados, partilhando conhecimentos com o grupo de enfermeiros e promovendo um momento de reflexão conjunta. De entre as modalidades de formação encontra-se a reflexão, que permite uma abordagem crítica das práticas individuais ou de grupo, com o objetivo de colocar em evidência as possibilidades da prática (Honoré, 2002).

Anteriormente à realização desta sessão de formação, foi discutido e refletido com o enfermeiro chefe de serviço e com a enfermeira orientadora a pertinência e possíveis contributos que a formação iria fornecer, pelo que foi assentida e acolhida a sua realização. Posteriormente, foi elaborado um plano de sessão (Apêndice I) e feita a divulgação (Apêndice II) da mesma na semana anterior à sua realização, tendo sido afixada a informação na sala de trabalhos de enfermagem do internamento de pediatria, na sala de convívio e no serviço de urgência de pediatria.

EXECUÇÃO E CONTRIBUTOS DO GRUPO DE ENFERMEIROS

A sessão de formação (Apêndice III), decorreu no dia e hora previstos. A escolha do dia da sua realização, teve em conta que no mesmo dia já se iria desenvolver uma reunião mensal, assim deslocaram-se ao serviço um maior número de elementos da equipa de enfermagem. A escolha da hora também foi seleccionada a pensar na facilidade de horário para o maior número de elementos possíveis, pois sendo às 14:30 horas, abarcou os elementos de enfermagem que estavam a trabalhar no período da manhã, os elementos que iriam iniciar o trabalho no período da tarde e todos os outros que se mostrassem disponíveis. O local destinado à formação foi a sala de brinquedos do internamento de pediatria, onde existem mesas, cadeiras e espaço para colocar a tela de projecção do *Data Show*.

Foi conseguida a participação de 10 elementos da equipa de enfermagem do serviço de pediatria, estando entre eles a enfermeira orientadora, o chefe de serviço, mais três enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP) e cinco enfermeiros generalistas. A apresentação decorreu no tempo previsto, tal como estipulado no plano de sessão. Iniciou-se com a introdução da sessão, e a definição dos objetivos. Posteriormente, o desenvolvimento onde realizei a apresentação da proposta do algoritmo de atuação em enfermagem: gestão recíproca das emoções e da informação e também uma proposta de *check-list* de identificação de necessidades informativas de preparação para o regresso a casa. E para finalizar, existiu um momento de avaliação e reflexão acerca da problemática, da aplicabilidade da mesma na nossa prática de cuidados, da utilização do algoritmo de atuação em enfermagem com foco na gestão recíproca das emoções e da informação, e da pertinência da elaboração de uma *check-list*, onde se preconiza que a criança e a família se autoavale para perceber as suas necessidades informativas, permitindo ao enfermeiro perceber onde incidir o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação, promovendo assim maior sentimento de controlo, capacitação e bem-estar na criança e família no seu regresso a casa.

Este momento de avaliação e reflexão demonstrou-se bastante enriquecedor e com muitos contributos do grupo de enfermeiros, para além de proporcionar reflexão acerca das práticas no que concerne à gestão recíproca das emoções e da informação, foi reconhecida a aplicabilidade do algoritmo de atuação em enfermagem e a sua pertinência no contexto de prestação de cuidados onde nos encontramos.

Através da discussão de situações concretas de cuidados onde se destacou a aplicabilidade deste algoritmo, foi também apresentado um instrumento com enfoque no período pós-operatório acerca da identificação das necessidades informativas, a *check-list* para preparação do regresso a casa. Esta foi muito bem recebida por parte da equipa de enfermeiros, percebendo-se não apenas pelos seus comentários, como pelas suas sugestões. Foi considerada a sua importância não só na melhoria dos cuidados prestados os clientes, como para a própria equipa, orientando e fornecendo contributos pertinentes que facilitaram a intervenção de enfermagem direcionada à individualidade da criança e da sua família.

A avaliação da equipa em relação à sessão de formação foi bastante positiva, considerando-se como um momento bastante rico em contributos.

Com a concretização desta atividade, destaco o desenvolvimento e aquisição de algumas competências comuns: “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (DR, 2019, p. 4747-4749).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ªed). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Ferreira, M. (2006). A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), 327-330.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Loures: Lusociência
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Lopes, M. J. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.

Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.

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

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Sessão

Formação em Serviço - Plano de sessão

Tema: Cuidar da Criança em Pós-Operatório e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem

Local: Sala de Brinquedos – Internamento cirúrgico de Pediatria

Data: 31/1/2019

Hora: 14:30-15:30H

Objetivos Gerais:

- Destacar a relevância da gestão recíproca das emoções e da informação no cuidar a criança em pós-operatório e sua família;
- Analisar o algoritmo de atuação em enfermagem acerca da gestão recíproca das emoções e da informação;
- Apresentar uma proposta de *check-list* de identificação das necessidades informativas de preparação para o regresso a casa;

Objetivos Específicos:

- Contextualizar a gestão recíproca das emoções e da informação;
- Expor a fundamentação teórica acerca da problemática;
- Explicitar a importância da intervenção de enfermagem na gestão recíproca das emoções e da informação;
- Promover a discussão acerca dos contributos da problemática para a prática de enfermagem;

Conteúdos	Métodos e Recursos	Tempo
Introdução - Apresentação da problemática, da sua pertinência e objetivos da sessão;	Método expositivo Computador + <i>Data-show</i>	5 min
Desenvolvimento - Explicitar a pertinência da problemática neste contexto de cuidados; - Realizar um enquadramento teórico; - Apresentar e analisar o algoritmo de atuação em enfermagem; - Apresentar uma proposta de <i>check-list</i> de identificação de necessidades informativas de preparação para o regresso a casa; - Exploração de exemplos que demonstrem a pertinência da problemática, com situações da prática de cuidados;	Método Expositivo e Interativo Computador + <i>Data-show</i>	20 min
Avaliação - Esclarecimento de dúvidas; - Discussão e reflexão acerca da problemática; - Preenchimento de documento de avaliação da sessão;	Método Interativo e Interrogativo	20 min

Apêndice II – Divulgação da Formação em Serviço



FORMAÇÃO EM SERVIÇO:

“Cuidar da Criança em Pós-Operatório e Sua Família:
Gestão Recíproca das Emoções e Da Informação
Enquanto Intervenção de Enfermagem”

Data: 31/1/2019

Hora: 14:30h

Local: Serviço de Internamento Cirúrgico de Pediatria

Destinatários:



Formadora: Aluna do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem –

Liliana Martinho

Apêndice III – Conteúdos da Sessão de Formação

**Cuidar da Criança em Pós-Operatório
e da sua Família: Gestão Recíproca das Emoções
e da Informação enquanto Intervenção de Enfermagem**

Liliana Moreira

Professora Orientadora
Prof.ª Doutora Paula Diogo

Enfermeira Orientadora

31 de Janeiro de 2019

Sumário

- Apresentação da temática;
- Fundamentação Teórica;
- Apresentação da proposta de Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação;
- Apresentação de uma proposta de check-list de preparação para a alta;

Tema

Cuidar da Criança em Pós-Operatório e sua Família: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação Enquanto Intervenção de Enfermagem.

Problema

As experiências emocionais da criança e sua família podem dificultar a assimilação de informação no período pós-operatório, com vista ao regresso a casa; a informação insuficiente acentua a emocionalidade e a falta de sentimento de controlo sobre a situação, no regresso a casa.

Fundamentação Teórica (cont.)

O Cuidar...

Cuidar é uma arte, sem a qual não se poderia existir.

(Collière, 2003)

Cuidar pressupõe a adoção de cuidados competentes, eficazes e personalizados para tratar, apoiar e acompanhar a pessoa no seu processo de adaptação à doença.

(Phaneuf, 2005)

No processo de cuidar, o enfermeiro ajuda o cliente a encontrar significado na sua existência, no sofrimento, promovendo o seu autocontrolo.

(Watson, 2012)

Fundamentação Teórica (cont.)

Os Cuidados Centrados na Família...

- ❖ Ouvir e respeitar a criança e sua família;
- ❖ Atender às escolhas da criança e sua família;
- ❖ Partilhar informação completa, honesta e imparcial;
- ❖ Atender às necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança, e bem-estar da família;

Conceitos Básicos:

Dignidade e respeito
Partilha de informação
Participação
Colaboração

(AAP, 2012; IPFCC, 2017; Shields et al., 2012)

Fundamentação Teórica (cont.)

A Parceria de Cuidados...

A parceria de cuidados enforma um processo de relações interpessoais, sendo essencial a partilha de informações, estabelecimento de confiança, priorização de objetivos, identificação de necessidades e negociação de papéis.

(Mendes & Martins, 2012; Pedroso, 2017)

Fundamentação Teórica (cont.)

Os Cuidados Não Traumáticos...

O principal objetivo é não causar dano, esta filosofia tem por objetivo fornecer cuidados terapêuticos por profissionais que utilizem intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico ou físico sentido pela criança e sua família.

(Hockenberry & Barrera, 2014)

Fundamentação Teórica (cont.)

As Emoções...

Definidas como "Processo psicológico: sentimentos conscientes ou inconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença".

(ICN, 2015, p.56)

Os sentimentos são privados e dirigidos para o interior, enquanto que as emoções são públicas e dirigidas para o exterior.

(Damásio, 2003)

As emoções e a cognição estão interligadas, sendo implicadas num conjunto de transações que ocorrem no ambiente, significativas para o bem-estar.

(Diogo, 2015)

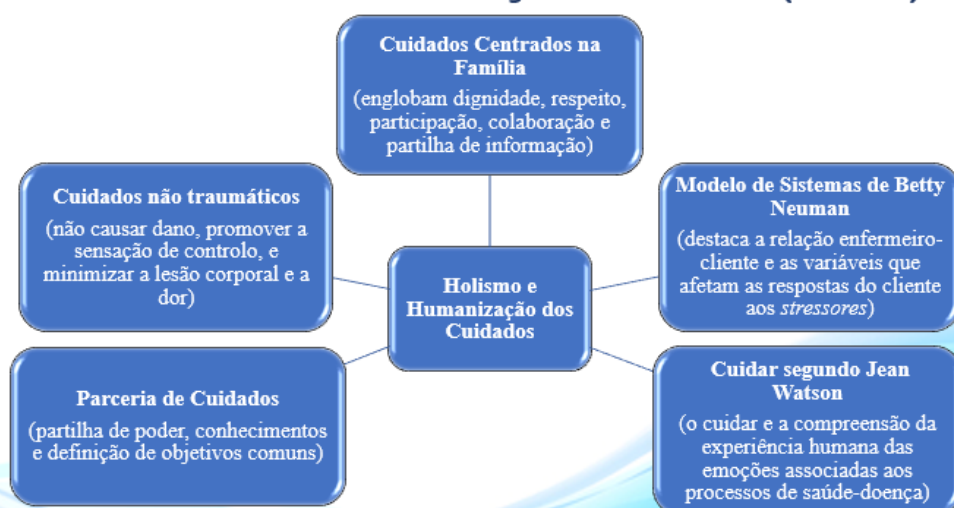
Fundamentação Teórica (cont.)

O Período Pós-Operatório...

No período pós-operatório é fundamental que na intervenção de enfermagem o enfermeiro adote intervenções que lhe permitam obter a confiança da criança, fornecendo todas as informações necessárias por forma a que a criança perceba os procedimentos e elabore as emoções referentes à experiência.

(OE, 2011)

Fundamentação Teórica (cont.)



(Freese, 2004; Mendes & Martins, 2012; Watson, 2012; Hockenberry & Barrera, 2014; IPFCC, 2017)

Fundamentação Teórica (cont.)



Fundamentação Teórica (cont.)

Gestão recíproca das emoções e da informação

Quando os enfermeiros fornecem informação aos clientes estão a dar-lhes recursos para atenuar a sua emocionalidade

(Joyce & Barros, 2005)

Na gestão recíproca dos sentimentos e da informação procura-se apaziguar não só a ansiedade, como a insegurança, para encontrar um sentido;

(Lopes, 2006)

Explicar e esclarecer dúvidas é uma estratégia muito utilizada pelos enfermeiros para lidar com a ansiedade dos clientes;

(Diogo, 2015, 2017)

...Surgiu a elaboração de um Algoritmo de Intervenção em Enfermagem com foco na Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

Proposta de Algoritmo de Atuação



Proposta de Algoritmo de Atuação (Cont.)

Estratégias utilizadas na Comunicação



Proposta de Algoritmo de Atuação (Cont.)

Estratégias para facilitar a gestão de emoções

Gestão Emocional de Antecipação	Gestão das Emoções Reativas
• Postura calma e carinhosa • Mostrar disponibilidade • Preparar para procedimentos • Fornecer informações/explicações • Favorecer a expressão de sentimentos • Dar reforço positivo • Usar distração	• Envolver a família nos cuidados • Explicar e esclarecer dúvidas • Fazer pausas • Fomentar a esperança • Colocar-se ao lado • Dar carinho • Desviar o foco de atenção • Encorajar a restringir

(Diogo, 2015, 2017)

Proposta de Algoritmo de Atuação (Cont.)

Estratégias não farmacológicas para alívio da dor

Recém-nascidos

- Embalo, carícias
- Sucção não-nutritiva
- Redução do ruído
- Massagem

Idade Pré-Escolar

- Brinquedo favorito
- Brincadeira lúdica e terapêutica
- Estratégias de relaxamento

Idade Escolar

- Respiração lenta e profunda
- Brincadeira lúdica e terapêutica
- Atividade favorita

Adolescentes

- Técnicas de relaxamento
- Respiração lenta
- Ouvir música, fotos, telefone

(OE, 2013)

Proposta de Algoritmo de Atuação (Cont.)

Estratégias para lidar com os medos

0-6 meses

- Esclarecer dúvidas aos pais
- Tocar e dar afetos
- Usar objetos que tranquilizem e deem segurança
- Realizar procedimentos dolorosos em sala própria

6 meses-1 ano

- Simular os procedimentos em pessoa significativa
- Usar distração com brinquedos de cores vivas
- Proporcionar sensação corporal de conforto
- Usar o toque terapêutico antes dos procedimentos

1-3 anos

- Manter a presença da pessoa significativa
- Estimular a participação no procedimento
- Avisar quando termina o procedimento
- Utilizar a brincadeira lúdica e a distração

4-6 anos

- Preparar e informar a criança e os pais
- Encorajar a participação na tomada de decisão
- Esclarecer o porquê dos procedimentos
- Elogiar a ajuda e cooperação

7-11 anos

- Explicar os procedimentos utilizando a terminologia científica correta
- Envolver na tomada de decisão
- Proporcionar privacidade
- Permitir a responsabilidade na execução de tarefas simples
- Esclarecer dúvidas

12-18 anos

- Garantir a privacidade
- Explicar os procedimentos e a razão porque são necessários
- Estimular o questionamento acerca dos seus medos
- Ensinar técnicas de relaxamento
- Ser tratado em separado dos pais

(OE, 2011)


```

graph TD
    A[Crise e na Família] --> B[Cuidados emergenciais, apoio imediato, abrigos emergenciais e deslocamento de emergência  
Atendimento de emergência: salas de controle, sala de triagem e de emergência, sala de triagem, sala de emergência]
    B --> C[Identificação de membros prioritários da família e família  
Idosos, crianças, pessoas, deficiência, pessoas residentes de referência]
    C -- Sim --> D[Cuidados e serviços especializados e especializados]
    C -- Não --> E[Capacitação e formação na crise e família]
    D --> F[Intervenção Hospitalar de Emergência]
    E --> F
    F --> G[Monitorar estratégias que aumentem o suporte sobre a situação]
    G --> H[
        Estratégias de Comunicação com a Família  

        Estratégias de Comunicação com a Família  

        Estratégias de Comunicação com a Família  

        Estratégias de Comunicação com a Família
    ]
    H --> I[Experiência de Gestão Resposta das Emergências e de Informação]
    I --> J[Experiência de hospitalização positiva e suporte de crise e família]
    J -- Sim --> K[Promoção de envolvimento ativo, sentimento de controle, participação, segurança e resiliência de hospitalização e suporte para crise e família]
    J -- Não --> E
  
```

Crise e na Família

Cuidados emergenciais, apoio imediato, abrigos emergenciais e deslocamento de emergência
Atendimento de emergência: salas de controle, sala de triagem e de emergência, sala de triagem, sala de emergência

Identificação de membros prioritários da família e família
Idosos, crianças, pessoas, deficiência, pessoas residentes de referência

Sim → **Cuidados e serviços especializados e especializados**

Não → **Capacitação e formação na crise e família**

Intervenção Hospitalar de Emergência

Monitorar estratégias que aumentem o suporte sobre a situação

Tipos de Estratégias	Exemplos de Estratégias
Estratégias de Comunicação com a Família	Comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família
Estratégias de Comunicação com a Família	Comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família
Estratégias de Comunicação com a Família	Comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família
Estratégias de Comunicação com a Família	Comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família, comunicação com a família

Experiência de Gestão Resposta das Emergências e de Informação

Experiência de hospitalização positiva e suporte de crise e família

Sim → **Promoção de envolvimento ativo, sentimento de controle, participação, segurança e resiliência de hospitalização e suporte para crise e família**

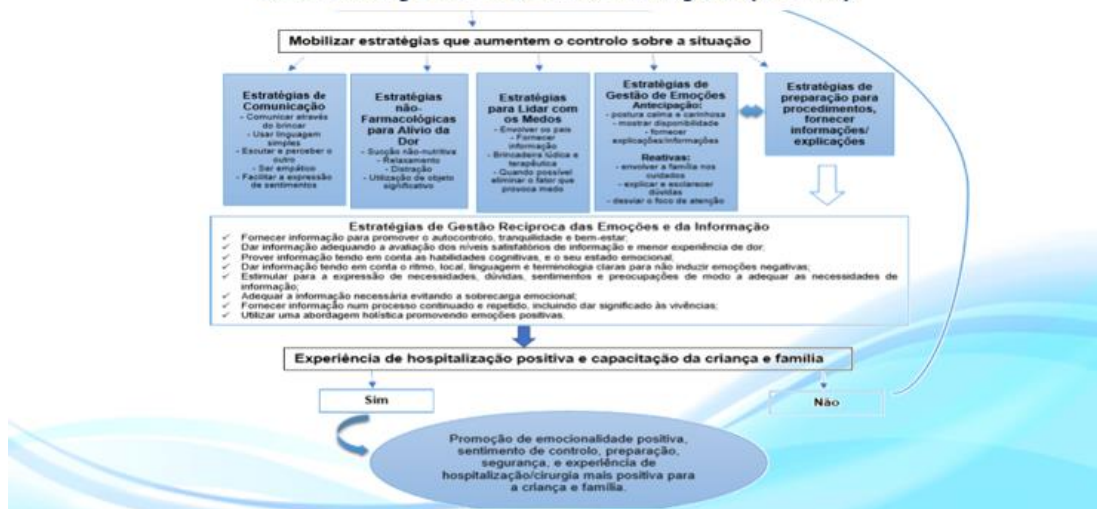
Não → **Capacitação e formação na crise e família**

```

graph TD
    A[Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação] --> B(Criança e sua Família)
    B --> C[Vivências emocionais potencialmente intensas associadas a doença/hospitalização/cirurgia  
(ansiedade da separação, perda de controle, lesão corporal e dor, medo, ansiedade, raiva, tristeza, ira)]
    C --> D[Identificação de respostas emocionais da criança e família  
(choro, agitação, negação, desconfiança, procura insistente de informação)]
    D --> E{Sim}
    D --> F{Não}
    E --> G[Criança e família sobrecarregadas emocionalmente]
    F --> H[Capacitação e bem-estar na criança e família]
    G --> I[Intervenção Holística de Enfermagem]
    H --> I

```

Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação (Cont.)



...Refletindo sobre o Período Pós-Operatório e as Necessidades Informativas de Preparação para a Alta...
Surgiu a proposta de uma *Check-List*...

Proposta de Check-List para Identificação de Necessidades Informativas durante a Preparação Para a Alta

Identificação do cliente

Check-list para Identificação de Necessidades Informativas durante a Preparação para a Alta

Necessidade de ensino	Não aplicável	Estamos Preparados	Ainda não estamos preparados	Validação aquando a alta
Alimentação				
Alimentos que posso comer				
Alimentos que devo evitar				
Qual a consistência dos alimentos que devo comer				
Até quando devo manter a dieta				
Higiene e Vestuário				
Realização da higiene				
Vestir-se				
Quais os cuidados a ter durante o banho				

Proposta de Check-List para Identificação de Necessidades Informativas durante a Preparação Para a Alta

Eliminação				
Os cuidados a ter após a eliminação				
Andar/Posicionar				
Deslocação				
Os cuidados a ter na deslocação				
Os posicionamentos que posso realizar				
Qual o posicionamento que não devo adotar				
Períodos de descanso e atividade				
Pensos ou Gessos				
Como proteger o penso ou o gesso				
O que fazer se o penso se molhar ou descolar				
O que fazer se molhar o gesso				

Proposta de Check-List para Identificação de Necessidades Informativas durante a Preparação Para a Alta

Quando existe gesso quais os sinais a que tenho de estar atento				
Qual deverá ser o posicionamento do membro que tem o gesso				
Medicação				
Como administrar a medicação em casa				
Qual a frequência de administração da medicação				
Sei qual a dose correta da medicação a administrar				
Intercorrências				
Como prevenir os acidentes				
Identificar os sinais de alerta				
Quais as situações que me obrigam a procurar os profissionais de saúde				
Quais as instituições de saúde onde posso recorrer				

Proposta de Check-List para Identificação de Necessidades Informativas durante a Preparação Para a Alta

Qual a evolução previsível no seu estado de saúde				
Capacitação no regresso a casa				
Entrega de documentos				
Nota de alta				
Marcação de Penso				
Marcação de consulta				
Marcação de exames				
Entrega de receita de medicação para o domicílio				
Percebidas todas as instruções				
Observações:				

Assinatura do Enfermeiro: _____

Assinatura do Prestador de Cuidados: _____

Referências Bibliográficas

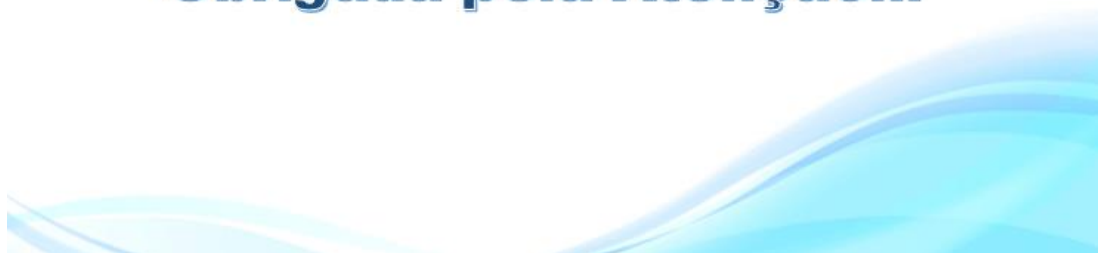
- American Academy of Pediatrics. (2012). *Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role*. Obtido de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2012/01/25/peds.2011-3084.full.pdf>
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida* (2ªed). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta;
- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. Obtido de: https://www.researchgate.net/publication/321193769_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediátrica_proposta_de_um_Modelo_orientador_da_prática_Emotional_Labour_of_Paediatric_Nursing_a_propose_Model_for_practice_guidance
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério de Saúde.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Técnicas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª edição, pp 163-183). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals. Bethesda. Obtido de: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). Carta da Criança Hospitalizada. Obtido de: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.

Referências Bibliográficas (cont.)

- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lopes, M. J. (2006). A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 113-121.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I. 2(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) – *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no Controlo da dor na Criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pedroso, R. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *Revista de Psicologia* (1), pp 225-232. Obtido de: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAE/article/view/991/873>.
- Regulamento n.º 122/2011 (2011). Procede à alteração da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República 2ª série*, N.º 35 (18-02-2011) 8649-8653.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Procede à alteração ao Regulamento n.º 123/2011. *Diário da República 2ª série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194.
- Sandeius, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed, pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, série 3(3), 15-23.
- Shields, L., Zhou, H., Taylor, M., Hunter, J., Munns, A. & Watts, R. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies. *JBI - Library of Systematic Reviews*, 10(39), 2559-2592.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

**...Aguardo os vossos
contributos...**

Obrigada pela Atenção!!!



**Apêndice XIX – Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das
Emoções e da Informação**



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Fevereiro, 2019

CONTEXTUALIZAÇÃO

A evidência científica sustenta e demonstra a pertinência acerca da problemática, gestão recíproca das emoções e da informação. Para Lopes (2006, p.207), “a gestão dos sentimentos é completada fazendo uso da gestão da informação”, podendo o enfermeiro explicar para gerir os sentimentos, como gerir os sentimentos para que a pessoa perceba. Corroborando, Diogo (2015) afirma que ações como explicar, esclarecer e fornecer informação são ferramentas para a gestão de emoções do cliente, considero assim crucial a abordagem da intervenção de enfermagem neste sentido, com vista à melhoria dos cuidados prestados (Diogo, 2017). Indo ao encontro a estes aspetos, a aprendizagem pela experiência de cuidar em pediatria constituem-se em pilares conceptuais e experienciais que conduziram à elaboração desta proposta de algoritmo de atuação em enfermagem. O algoritmo de atuação em enfermagem, tem a pretensão de se constituir num instrumento de consulta fácil e direcionada, que oriente e forneça estratégias de atuação ao enfermeiro, para uma rápida e sustentada intervenção de enfermagem.

Da percepção da minha experiência profissional e evidência científica, considero que é fundamental que o enfermeiro adeque os seus cuidados à criança e família de quem está a cuidar, daí que seja necessário atender a esta gestão recíproca das emoções e da informação. Ou seja, encontrar estratégias que permitam gerir a emocionalidade do cliente pediátrico por forma a que o mesmo perceba a informação transmitida, e também gerir a informação como estratégia para a gestão das emoções. Tal como refere Diogo (2015) quer para a gestão das emoções de antecipação, quer as emoções reativas, os enfermeiros fornecem esclarecimentos antes de iniciar os procedimentos, enquanto forma de preparação e continuam a fornecer explicações e informações no decorrer dos mesmos. No que concerne à família, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015) refere que para além da informação a dar acerca do processo de doença, explicar o tratamento aumenta a autoconfiança dos pais, permitindo-lhes gerir as suas emoções e organizar-se.

Muitas vezes a hospitalização constitui-se no primeiro momento de crise da criança, pois “(...) o *stress* representa uma mudança do estado de saúde habitual e da rotina ambiental e as crianças têm um número limitado de mecanismos de defesa para gerir o *stress*” (Sanders, 2014, p.1026). Assim, os cuidados de enfermagem têm de ter em consideração as filosofias de cuidados de enfermagem pediátrica, que evidenciam os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos, com

ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhes estão subjacentes (Diário da República [DR], 2015).

Em jeito de contextualização e fundamentação da problemática evidenciada, importa abordar alguns aspetos que estão relacionados com as estratégias da gestão recíproca das emoções e da informação, tais como a comunicação com o cliente. No que concerne à comunicação com a criança e família, os enfermeiros devem focar-se na individualidade de cada um, percebendo a especificidade do cliente, como lida com os seus problemas, se necessita de ajuda e qual a melhor forma de aconselhamento. A comunicação requer competências, treino e obedece a orientações específicas consoante o estágio de desenvolvimento da criança (Hockenberry, 2014). De acordo com Pontes, Leitão e Ramos (2007) a comunicação é um instrumento básico no cuidado em enfermagem, que permite perceber quais as necessidades do cliente, envolvendo-se nos cuidados por forma a prestar um cuidado humanizado. A comunicação com o cliente tem um papel crucial no fornecimento de informação, segurança e qualidade dos cuidados (Santos et al., 2010). O cuidar em Enfermagem é uma prática complexa que não envolve apenas técnicas e tecnologias, mas também um ato, que envolve a complexidade do lidar com o outro e que implica conhecer a sua história, crenças, emoções e desejos que permitam a relação entre as pessoas, que são passíveis de se chegar através de uma comunicação efetiva (Ferreira, 2006).

No que concerne às emoções, estas são adaptativas porque preparam, predispoem e orientam comportamentos para experiências positivas ou negativas, transferem informações acerca da importância dos estímulos exteriores e interiores do organismo. Desta forma, em função das necessidades, interesses e motivações das pessoas, as emoções fornecem dados fundamentais para realizar ações e satisfazer os seus objetivos, as emoções são assim entendidas, como estados mentais positivos ou negativos, conscientes ou inconscientes, que têm um impacto muito relevante nas funções cognitivas e executivas da aprendizagem, podendo transformar experiências, situações e desafios difíceis e complexos em algo agradável, ou em algo abominável (Fonseca, 2016).

Referindo-me à gestão das emoções é defendido nos achados de Diogo (2015), que os enfermeiros são sensíveis à dimensão emocional da experiência humana e “ao lugar que têm” as emoções e os afetos nos cuidados; as emoções estão inerentes à condição humana, sendo constantes e intencionais na relação de cuidados. Para Phaneuf (2005), a enfermeira deve compreender as emoções e apoiar a pessoa que as experimenta, percebendo-se como fundamental ajudar a pessoa a tomar

consciência das suas emoções, diminuindo-lhe os efeitos prejudiciais. Reforçando-se assim, a visibilidade da emocionalidade no ato de cuidar em enfermagem pediátrica (Fernandes et al., 2014).

Nos achados de Diogo (2015) é asseverado que, os enfermeiros procuram modificar os estados emocionais perturbadores e de emocionalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar nas crianças e famílias, nas ações dos enfermeiros perante a gestão emocional inserem-se dois grupos de estratégias. No grupo das ações para a gestão emocional de antecipação destacam-se ações como a postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e distração. Noutro grupo, inserem-se as ações para a gestão das emoções reativas, sendo relevadas ações como envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, colocar-se ao lado, fazer pausas, fomentar a esperança, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção e encorajar e restringir (Diogo, 2015).

Para a construção deste algoritmo de atuação em enfermagem foi ainda considerado que à experiência de dor nas crianças, estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, sendo estes fatores dificultadores não só da avaliação da dor, mas também da tomada de decisão quanto à intervenção a efetuar. Assim, é importante que os enfermeiros em parceria com os pais saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança por forma a intervir corretamente (OE, 2013).

O controlo da dor em procedimentos invasivos deve atender à preparação e informação previa das crianças acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo, tal como a preparação, informação e instrução dos pais acerca da sua conduta durante o procedimento de modo a potenciar o seu apoio à criança (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012). As intervenções não farmacológicas são geralmente de caráter psicológico, aumentam o sentimento de controlo da dor, e promovem uma maior autonomia da criança e da família, a sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, o contexto e a sua situação específica. Relativamente aos princípios que garantem os direitos das crianças no controlo da dor destaco a ação de dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito, ser honesto, ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos (OE, 2013).

Trabalhando num serviço de internamento cirúrgico de pediatria, relevo a importância da intervenção de enfermagem na gestão recíproca das emoções e da

informação no período pós-cirúrgico com vista ao regresso a casa. Como refere a OE (2011) a hospitalização e a cirurgia da criança e sua família potenciam a ansiedade e exacerbam medos e ideias pré-concebidas, podendo resultar numa experiência traumática persistente para a criança. Para que o enfermeiro perceba o que se passa com ela, deverá informá-la de forma clara e inteligível tendo em conta o seu desenvolvimento e maturação cognitiva, deve treinar estratégias de adaptação, facilitar a expressão de sentimentos e emoções, bem como proceder ao desenvolvimento da relação de confiança.

No que diz respeito ao período pós-operatório muitas das intervenções de enfermagem estão relacionadas com esta gestão recíproca das emoções e da informação. Tais como, apoiar a família quando regressam para perto do filho depois da cirurgia, informar acerca do estado da criança, providenciar à criança o brinquedo favorito, prevenir e aliviar a dor, analisar a cirurgia na perspetiva da criança, validar conhecimentos e reforçar ensinamentos antecipatórios, preparar a criança para posteriores procedimentos terapêuticos, proporcionar distração e preparar a alta (OE, 2011). Dependendo da idade e nível de desenvolvimento da criança, os enfermeiros devem adequar as suas estratégias de luta contra os medos (OE, 2011). No período de recuperação deve-se dedicar à criança tempo, com o objetivo de explorar a sua perceção da cirurgia, através do brincar e das informações fornecidas a enfermeira pode reforçar ou corrigir as perceções da criança e auxiliá-la a dominar a experiência dos procedimentos *stressantes* (Huerta, 1996). Corroborando, Teixeira e Figueiredo (2009) afirmam que a sistematização da informação, constitui-se uma ferramenta eficaz e pouco dispendiosa no suporte psico-emocional indispensável para as crianças.

No que diz respeito às estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação, destacam-se as estratégias de utilização de informações como uma ferramenta para enfrentar positivamente os procedimentos a que é sujeita, e para dar sentido ao que está a acontecer (Ercan, 2003). Para Masajaari et al. (2005) a informação é um pré-requisito para a participação ativa no cuidado, sendo que quando a família está envolvida nos cuidados expressam menos sentimentos negativos sobre a experiência. Para além disso, os enfermeiros devem ser sensíveis às emoções dos clientes e das suas famílias, fornecendo informações para os apoiar. Neste fornecimento de informação, deve ser dada relevância ao estado emocional e habilidades cognitivas da criança, ao ritmo apropriado da informação, à linguagem e terminologia utilizadas, e ao local onde isso é realizado. Reciprocamente, se o cliente

não possuir informação suficiente acerca do que está a acontecer pode ficar sobrecarregado emocionalmente (Ercan, 2003). Assim, é reconhecido que as crianças se adaptam melhor quando estão envolvidas na preparação e controlo de situações *stressantes*, e que a perturbação emocional que acompanha a comunicação conduz a grandes enviesamentos no modo como a informação é compreendida e assimilada (Barros, 2003). Citando Andraus, Minamisava e Munari, Broering e Crepaldi (2008) afirmam que os clientes que detêm informação acerca das situações ou práticas potencialmente aversivas ou ansiogênicas, experimentam um maior sentido de controlo cognitivo e mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos.

De entre as estratégias para a gestão recíproca das emoções e da informação, tendo em conta a evidência científica disponível, destacam-se: o fornecimento de informação como estratégia para promover o autocontrolo e tranquilidade; o entendimento da relação entre níveis de informação satisfatórios e menor experiência de dor; perceber o fornecimento de informação relacionado a menor ocorrência de medos; perceber que bons níveis de informação estão relacionados com menores níveis de ansiedade dos pais; deve fornecer-se informação para desenvolver perspetivas realistas; deve fornecer-se informação para motivar à participação do seu próprio tratamento; deve fornecer-se informação tendo consciência do estado emocional da criança e da família; o fornecimento de informação envolve um ritmo, local e linguagem clara para não induzir emoções negativas; deve permitir-se que a criança faça questões consoante as suas necessidades, sentimentos e preocupações; deve perceber-se que se não for fornecida a informação necessária, ela pode ficar sobrecarregada emocionalmente; deve perceber-se que fornecer informação estimula a previsibilidade e aumenta a capacidade de lidar com o *stress*/emocionalidade excessiva; deve dar-se informação à criança para intensificar o sentimento de preparação e segurança; deve fornecer-se informações tendo uma abordagem solidária e promovendo emoções positivas; deve perceber-se que a informação que é fornecida à criança deve centrar-se nos aspetos importantes para a mesma; e entender que o fornecimento de informação deve ser um processo continuado numa relação aberta, sendo repetida, acrescentada ou corrigida tendo as crianças e pais possibilidades de esclarecer dúvidas.

Atestando que a intencionalidade terapêutica das intervenções de enfermagem é a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, e a readaptação funcional (OE, 2001), procuro nas minhas intervenções a excelência no exercício profissional, considerando estes aspetos

muitos importantes no cotidiano profissional, tendo como objetivo a melhoria dos cuidados de saúde às crianças e suas famílias. Reporto-me com esta atividade ao desenvolvimento e aquisição de competências: “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro” e “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (DR, 2019, p. 4747).

Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

Criança e sua Família

Vivências emocionais potencialmente intensas associadas a doença/hospitalização/cirurgia
(ansiedade da separação, perda de controlo, lesão corporal e dor; medo, ansiedade, raiva, tristeza, ira, vergonha)

Identificação de respostas emocionais da criança e família
(choro, agitação, negação, desconfiança, procura insistente de informação)

Sim

Não

Criança e família sobrecarregadas emocionalmente

Capacitação e bem-estar na criança e família

Intervenção Holística de Enfermagem

Mobilizar estratégias que aumentem o controlo sobre a situação

Estratégias de Comunicação

- Comunicar através do brincar
- Usar linguagem simples
- Escutar e perceber o outro
- Ser empático
- Facilitar a expressão de sentimentos

Estratégias não-Farmacológicas para Alívio da Dor

- Sucção não-nutritiva
- Relaxamento
- Distração
- Utilização de objeto significativo

Estratégias para Lidar com os Medos

- Envolver os pais
- Fornecer informação
- Brincadeira lúdica e terapêutica
- Quando possível eliminar o fator que provoca medo

Estratégias de Gestão de Emoções

Antecipação:

- postura calma e carinhosa
- mostrar disponibilidade
- fornecer explicações/informações

Reativas:

- envolver a família nos cuidados
- explicar e esclarecer dúvidas
- desviar o foco de atenção

Estratégias de preparação para procedimentos, fornecer informações/explicações

Estratégias de Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

- ✓ Fornecer informação para promover o autocontrolo, tranquilidade e bem-estar;
- ✓ Dar informação adequando a avaliação dos níveis satisfatórios de informação e menor experiência de dor;
- ✓ Prover informação tendo em conta as habilidades cognitivas, e o seu estado emocional;
- ✓ Dar informação tendo em conta o ritmo, local, linguagem e terminologia claras para não induzir emoções negativas;
- ✓ Estimular para a expressão de necessidades, dúvidas, sentimentos e preocupações de modo a adequar as necessidades de informação;
- ✓ Adequar a informação necessária evitando a sobrecarga emocional;
- ✓ Fornecer informação num processo continuado e repetido, incluindo dar significado às vivências;
- ✓ Utilizar uma abordagem holística promovendo emoções positivas;

Bem-estar, sentimento de controlo e capacitação da criança e família

Sim

Não

Promoção de emocionalidade positiva, preparação, segurança, e experiência de hospitalização/cirurgia mais positiva para a criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Broering, C. & Crepaldi, M. (2008). Preparação Psicológica para a Cirurgia em Pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paideia*, 38 (18), 61-72.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (coord). (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ercan, S. (2003). *Relationship Between Psychological Preparation, Preoperative and Postoperative Anxiety, and Coping Strategies in Children and Adolescents Undergoing*. Graduate School of Social Sciences. Tese de Mestrado. Turquia.
- Ferreira, M. A. (2006) A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), p.327-330.
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 102 (33), 365-384.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Huerta, E. (1996). Preparo da Criança e Família para Procedimentos Cirúrgicos: Intervenção de Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30 (2), 340-353.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. & Melo, J. (2008). Emoção...Emoções...Que Implicações para a Saúde e Qualidade de Vida?...*Spectrum*, 125-148.
- Masaajari, H., Sarajarvi, A., Koskinen, H., Autere, S. & Paavilainen, E. (2005). Patients'Perceptions of Emotional Support and Information Provided to Family Members. *Aorn Journal*, 81 (5),1030-1038
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série I, 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Palermo, T. & Drotar, D. (1996). Prediction of Children's Postoperative Pain: The Role of Presurgical Expectations and Anticipatory Emotions. *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (5), 683-698.
- Pontes, A., Leitão, E. & Ramos, I. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a 16 de julho de 2011. Diário da República II Série, (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed, pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Port Saúde Pública* 10, 47-57.
- Sarajärvi, A., Haapamäki, M. L. & Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Council of Nurses*, 53, 205-210.

Teixeira, E. & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista Referência*, 2 (9), 7-14.

**Apêndice XX – Refletindo...na Aplicabilidade do Algoritmo de Atuação em
Enfermagem com Foco na Gestão Recíproca das Emoções e da Informação**



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Refletindo na...

**Aplicabilidade Do Algoritmo de Atuação em Enfermagem
com Foco na Gestão Recíproca das Emoções e da
Informação**

Liliana Isabel Martinho

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Fevereiro, 2019

NOTA INTRODUTÓRIA

A hospitalização e a cirurgia potencializam a ansiedade e exacerbam medos e ideias pré-concebidas da própria criança e da sua família (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011), é importante que o enfermeiro assuma intervenções que capacitem a criança e a sua família para os procedimentos aos quais iram ser expostos. Corroborando, Pereira et al. (2010) afirmam que a gestão emocional na criança nem sempre é fácil, tendo os enfermeiros fundamental relevância na sua capacitação. Jorge (2004), refere que a reação e sofrimento da família pode ser originária não só pela importância da doença do seu filho, mas também pela ansiedade em lidar com as suas emoções.

Neste sentido, é imprescindível que o enfermeiro seja detentor de competências que lhe permitam mobilizar estratégias que promovam o bem-estar à diáde, capacitando-a e proporcionando-lhe uma experiência de hospitalização e cirurgia o mais positiva possível, por forma a que regressem a casa seguros e informados. Ao refletir acerca destes aspetos, foi realizada a elaboração do algoritmo de atuação em enfermagem que tem como foco a gestão recíproca das emoções e da informação. Este algoritmo, surgiu da necessidade de criar um instrumento baseado em evidência científica, que sendo de consulta rápida e fácil, direcione as estratégias utilizadas na intervenção de enfermagem para a gestão recíproca das emoções e da informação.

O presente documento surge como forma de avaliar a aplicabilidade do algoritmo de atuação (Apêndice I), através da descrição de situações da prática de cuidados, onde foram mobilizados os contributos do referido algoritmo. Tal como refere a OE (2013a), depois de terminar as tarefas, deveram ser avaliados os resultados, analisando os dados atuais, comparando-os com os dados antes das tarefas terem sido implementadas, deste modo importa perceber a aplicabilidade do algoritmo de atuação em enfermagem (Apêndice I).

Concedendo resposta a este objetivo, reflito acerca de situações de prestação de cuidados onde o mesmo foi aplicado, analisando quais os contributos obtidos, com vista à melhoria da qualidade de cuidados. O enfermeiro deve ter em conta as suas ações e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, pois é através deles que se demonstram a eficácia dos mesmos (Bastos, 2009).

Situação de Prestação de Cuidados I

A primeira situação de prestação de cuidados que descrevo decorreu com o adolescente M. de 14 anos. O M. foi submetido a uma cirurgia com caráter de urgência para remoção do apêndice, tendo sido realizada laparotomia e colocado um dreno na região da ferida cirúrgica.

Logo aquando a passagem de turno, foi-me referido pelo colega que tinha estado no turno da manhã a prestar cuidados ao M., que ele se encontrava bastante ansioso com o fato de ter de remover o dreno, pois o médico já lhe havia dito que no decorrer desse dia teria de ser removido. Quando cheguei junto de M., ele estava na companhia da sua mãe, aparentemente bem-disposto e a jogar no seu telemóvel, quando percebeu que eu estava a direccionar-me a si, colocou o telemóvel de lado, mudou a sua expressão fácil ficando muito sério. Sorri para M. e para sua mãe e cumprimentei-os, apresentando-me. Referi que iria permanecer a cuidar de si durante a tarde, o M. apenas disse olá, e questionou logo de seguida se iria ser eu a remover o dreno, eu respondi-lhe calmamente que sim. Percebi que se mantinha tenso, bastante sério e com alguma inquietude.

Perante a sua questão e resposta emocional, perguntei-lhe se existia algo que o estivesse a preocupar, ao que ele me disse, que sabia que remover o dreno lhe iria doer muito. Permaneci algum tempo a falar com M. e com a sua mãe. M., ia sempre fazendo perguntas relacionadas com o dreno, e eu ia esclarecendo as suas dúvidas, explicando os passos pelos quais iria passar.

Depois de me ter afastado por alguns instantes, o M. perguntou se quando fosse remover o dreno podia levar o seu telemóvel, ao que eu assenti. Uns minutos depois perguntei se estava preparado e se podíamos ir, ele mantendo um ar sério acenou afirmativamente com a cabeça. Deslocamo-nos até à sala de tratamentos, voltei a perguntar ao M. se poderia iniciar a realização do penso e ele focalizado no seu telemóvel disse-me que sim. Iniciei o procedimento com movimentos lentos, e quando foi a altura da remoção do dreno pedi que respira-se fundo e tossisse, ao que ele colaborou, tendo sido realizado o procedimento. No final M. referiu que não teve dor, agradeceu e regressou ao seu quarto acompanhado pela sua mãe sorrindo, e em aparente bem-estar.

Refletindo na aplicabilidade do Algoritmo...

Nesta interação de prestação de cuidados ao M., logo desde a passagem de turno, fui “alertada” para o fato do M. mostrar ansiedade pelo fato de se ter de realizar o penso à ferida cirúrgica e remoção de dreno, este aspeto facilitou desde início a estratégia a adotar junto dele. Tal como refere Diogo (2015, p.131), “uma condição que facilita a gestão das emoções dos clientes é a sua preparação antecipada, muitas vezes antes do primeiro encontro, quando os enfermeiros têm acesso prévio à informação sobre o estado emocional destes”, nomeadamente aquando a passagem de turno. Este aspeto constitui-se num fator facilitador que me permitiu estar mais desperta para as estratégias que devia adotar.

Assim, aplicando o algoritmo elaborado (Apêndice I), tendo como foco a criança e a sua família, ou seja, o M. e a sua mãe, compreendo que estariam a vivenciar uma situação de hospitalização e cirurgia, associados a vivências emocionais intensas. Nesta interação tive em atenção que a cirurgia a que foi sujeita teve caráter de urgência, e não houve possibilidade para realização prévia de preparação, constituindo-se esse num um fator gerador de emocionalidade negativa. Dessas vivências emocionais percebi que o M. apresentava a lesão corporal e dor como *stressor* associado à hospitalização, o que está de acordo com o afirmado por Sanders (2014), quando se reporta à lesão corporal e à dor como um dos principais *stressores* associados à hospitalização. As emoções que identifiquei no M. foram a ansiedade e o medo, que apresentava relacionadas com a remoção do dreno. As emoções são o chamariz da atenção, funcionando como avisos, alarmes ou mensagens poderosas, que transmitem informação crucial (Goleman, 2012).

Após esta identificação, prosseguindo no referido algoritmo (Apêndice I), seguiram-se a identificação de respostas emocionais, nesta situação de prestação de cuidados ao M., identifiquei a discreta agitação e a insistente procura de informação, como respostas emocionais, que poderiam ser indicativas de sobrecarga emocional. Assim, identificada esta emocionalidade negativa, compreendi a necessidade de realizar uma intervenção holística de enfermagem. Segundo Diogo (2015), os enfermeiros avaliam o estado emocional dos clientes, lendo as suas “mensagens emocionais” por forma a conseguirem identificar as suas necessidades, e desenvolverem os seus cuidados.

De modo a intervir junto do M. e da sua família, valorizando o holismo e a humanização dos cuidados, identifiquei e adotei estratégias que permitiram ao M.,

aumentar o seu sentimento de controlo sobre a situação. Segundo Diogo (2015) tendo em conta os recursos do cliente, os enfermeiros procuram gerir as emoções dos mesmos com a intencionalidade de potenciar o seu autocontrolo. Nesta interação com o M., tal como indicado no algoritmo utilizei estratégias de comunicação, estratégias não farmacológicas de alívio da dor, estratégias de gestão de emoções de antecipação e estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação, as quais se constituíram como fundamentais nesta interação. Nesta situação de prestação de cuidados passei algum tempo com o M., dei-lhe atenção e disponibilizei-me para responder às suas dúvidas e questões, promovendo a sua expressão de ideias e sentimentos. Por conseguinte, ele verbalizou o medo que tinha de sentir dor associado à remoção do dreno. Tal como afirma Hockenberry (2014), na comunicação com os adolescentes devem construir-se alicerces, passando tempo com o adolescente, encorajando a expressão de ideias e sentimentos, respeitando as suas perspetivas. Deve também comunicar-se efetivamente, dando atenção exclusiva, ouvindo, delicadamente, tendo calma, evitando julgamentos ou críticas. No que concerne às estratégias não farmacológicas para alívio da dor, mobilizei a distração, pois o M. utilizou o seu telemóvel durante o procedimento, promovi o seu relaxamento através dos exercícios respiratórios e realizei a explicação dos procedimentos, o que está preconizado pela OE nas suas orientações de boas práticas e estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.

Seguindo o algoritmo (Apêndice I), perante as vivências emocionais de M., tive em conta as estratégias de gestão das emoções de antecipação. Segundo Diogo (2015), a gestão emocional de antecipação é predominante na prática dos enfermeiros, permitindo prevenir picos emocionais intensos, incrementando tranquilidade e bem-estar no cliente. Ao longo da interação com o M. mostrei-me sempre disponível, pois como afirma Diogo (2015), é importante que o enfermeiro mostre disponibilidade e ajuda permanente, com a intencionalidade de apaziguar os receios e ansiedades do cliente, demonstrando capacidade de ouvir e dar resposta. De entre as ações mobilizadas para a gestão das emoções, destaca-se a distração, onde saliento o uso do telemóvel, pois a distração incorpora-se nas estratégias de gestão emocional de antecipação, em que os enfermeiros podem facilitar o acesso a equipamentos como o telemóvel (Diogo, 2015). Por último, destaco nesta gestão das emoções do M., a preparação para os procedimentos, em que expliquei no que consistia o procedimento, e esclareci as suas dúvidas, tal como afirmado os achados de Diogo (2015), para a preparação de procedimentos os enfermeiros esclarecem

antecipadamente o cliente, permitindo que a criança faça as perguntas e que a enfermeira responda, evitando um pico emocional intenso que acrescente sofrimento à experiência. Indo ao encontro da problemática em estudo, é fulcral que os clientes tenham acesso às informações e explicações por forma a que compreendam melhor o que se está a passar com eles e sintam um maior sentimento de controlo (Diogo, 2015). Assim, referindo-me às estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação enunciadas no algoritmo em análise destaque, o fornecimento de informação para promover o autocontrolo; estimular a expressão de necessidades, dúvidas, sentimentos e preocupações de modo a adequar as necessidades de informação; e a utilização de uma abordagem holística por forma a promover emoções positivas. Estas foram algumas das estratégias que mobilizei no decorrer da intervenção de enfermagem, no sentido de promover o bem-estar ao M. Considero que o algoritmo se constituiu numa mais valia pois permitiu-me pelas vivências emocionais, identificar as respostas emocionais evidentes no M., utilizando estratégias adequadas promotoras do sentimento de autocontrolo e consequente bem-estar e emocionalidade positiva, sendo isso perceptível no M. através da colaboração, agradecimento e sorriso no final do procedimento.

Situação de Prestação de Cuidados II

A segunda situação descrita sucedeu no decorrer da prestação de cuidados a A., uma bebé de 3 meses que apresentava uma luxação congénita da anca com necessidade de colocação de gesso pelvipodálico sob sedação. Quando a A. regressou do bloco operatório para o internamento cirúrgico, percebi que a mãe a acompanhava e vinha extremamente ansiosa, acomodei a A. que vinha calma e a dormir. Um pouco mais tarde, regressei ao quarto da A., e percebi que a sua mãe estava a chorar, e a A. também estava agitada. Providenciei analgesia para a A., sacarose e sucção não nutritiva, contudo percebi que a bebé permanecia chorosa, e a mãe ansiosa.

Perguntei à mãe de A. se precisava de alguma coisa, ao que ela referiu que não tinha percebido, nem estava preparada para as dimensões e implicações do gesso e tinha receio de não conseguir cuidar da sua bebé. Aproximei-me da mãe de A., mostrei-me disponível e expliquei-lhe que não teria alta hospitalar enquanto tivesse dúvidas, ou não conseguisse prestar os cuidados à sua bebé. Prestei cuidados a A., e à medida que o ia fazendo ia explicando à sua mãe como realizar as mobilizações, como trocar a fralda, e como realizar os cuidados de higiene, sempre com um linguagem simples para que compreendesse. A mãe de A. escutava com atenção e ia fazendo algumas perguntas, mostrando-se consecutivamente menos ansiosa. À semelhança da mãe, a A. também foi ficando mais tranquila e sorridente.

Percebi que no final do turno, a mãe de A. perdera “o medo” e já conseguia pegar na sua bebé de forma correta e alimentá-la com confiança. Já sorria e tinha uma atitude mais positiva, referindo estar motivada para aprender.

Refletindo na aplicabilidade do Algoritmo...

No que concerne à segunda situação de interação de cuidados com a A. e a sua mãe, tal como em todas as outras interações de cuidados, destaco a importância dos cuidados centrados na família. Tal como refere Hockenberry (2014), os enfermeiros devem envolver a família no planeamento dos cuidados, educando e formando uma parceria com a família, diminuindo a sua tensão, minimizando os efeitos negativos da hospitalização, maximizando os seus benefícios, proporcionando conforto e apoio total, sendo que é fundamental transmitir que “a família determina positivamente o estado emocional” da criança (OE, 2015, p. 7).

Nesta situação de prestação de cuidados, foi sempre tido em consideração o binómio criança-família, sendo valorizada a certeza de que a ansiedade que sentem os filhos é reflexo da ansiedade de seus pais (Broering & Crepaldi, 2011).

Por forma a perceber a aplicabilidade do algoritmo (Apêndice I), inicialmente comecei a intervenção de enfermagem focalizada nas vivências emocionais potencialmente intensas, associadas à hospitalização de A. e sua mãe. Percebi que a mãe de A. tinha presente o *stressor* da hospitalização perda de controlo, e as emoções de medo e tristeza, pois tal como ela verbalizou não se sentia preparada para as implicações do gesso na prestação de cuidados à bebé, e tinha medo de não conseguir cuidar da sua filha.

Seguindo o algoritmo, identifiquei como respostas emocionais o choro e a procura de informação como sinais de que a mãe de A. estava sobrecarregada emocionalmente, o que requeria da minha parte uma intervenção de enfermagem holística e humanizada, que mobilizasse estratégias de promoção de sentimento de controlo sobre a situação.

Nesta situação de cuidados, atendendo às especificidades desta criança e da sua mãe, foram mobilizadas estratégias de comunicação adequadas, pois tal como refere Hockenberry (2014) os enfermeiros necessitam de estar atentos aos sinais de preocupação e ansiedade da família. Quando percebi que a mãe de A. estava a chorar, perguntei se precisava de alguma coisa, mostrei-me disponível para a ouvir. De acordo com o mesmo autor, a escuta é a componente mais importante para efetivar a comunicação, assim escutei a mãe de A. e tentei perceber as suas necessidades, através daquilo que me transmitia. No que concerne a A., ao perceber que também se encontrava chorosa e um pouco agitada para além das estratégias farmacológicas (administrando o analgésico prescrito), utilizei também estratégias não farmacológicas

de alívio da dor, quer a sucção não nutritiva, fornecendo-lhe a chucha, quer o fornecimento de sacarose. Falei num tom de voz calmo tentando embalá-la, esta última ação também se insere na gestão das emoções reativas, pois segundo Diogo (2015) dar carinho também é uma estratégia de gestão de emoções reativas, pois quando os enfermeiros acariciam um bebé durante a manifestação de ansiedade da mãe, esta sente-se reconfortada ao sentir que o seu filho é acarinhado. Saliento também, o fato de prestar cuidados à A., e ir realizando explicações à sua mãe, mencionando esta ação como uma estratégia de gestão emocional. Segundo Diogo (2015), explicar e esclarecer dúvidas é uma estratégia muito utilizada para lidar com a ansiedade durante procedimentos dolorosos ou no que concerne à evolução do estado de saúde da criança, sendo que esta estratégia inclui o incentivo ao questionamento e à resposta às suas questões mostrando disponibilidade e paciência.

Para além das estratégias já enunciadas, dou destaque às estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação, como: fornecer a informação para promover o autocontrolo; adequar a informação necessária tendo em conta as habilidades cognitivas e o seu estado emocional; fornecer informação necessária e repetida dando significado às vivências; e também estimular a expressão de necessidades e sentimentos adequando a informação necessária.

Perante esta situação de cuidados, pude compreender o quão importante foi gerir reciprocamente as emoções e a informação. Inicialmente, houve necessidade de gerir as emoções da mãe de A., e prover a informação de que necessitava para proporcionar-lhe sentimento de controlo e tranquilidade. Consequentemente, foi-se apropriando de sentimento de controlo, e participando nos cuidados a A., transmitindo-lhe calma. No decorrer da interação, também percebi que à medida que a mãe de A. ficava mais tranquila o mesmo acontecia à sua bebé. Deste modo, foi atendendo à gestão recíproca das emoções e da informação que se promoveu a tranquilidade e bem-estar da A. e da sua mãe.

Saliento ainda a relevância da intervenção de enfermagem, expondo a OE (2015) quando afirma que, deve ouvir-se a família apreendendo com ela, antes de a tentar informar ou ensinar, deve individualizar-se os cuidados de forma a que a família se sinta segura com a sua participação e deve estar-se disponível para responder às suas necessidades. A criança e a família têm direito a receber informação adaptada à sua compreensão, para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

Considero que o algoritmo de atuação em enfermagem (Apêndice I), proporcionou contributos bastante relevantes, no que concerne à intervenção de enfermagem adotada, nomeadamente mobilizando evidência científica, orientando a tomada de decisão para as estratégias direcionadas à satisfação das necessidades individuais da A. e da sua mãe.

Situação de Prestação de Cuidados III

A última situação de prestação de cuidados que descrevo, tem como intervenientes, o J. de 5 anos e o seu pai. O J. havia sido internado há alguns dias, após apresentar uma fratura do fémur numa queda aparatosa de um escorrega. Para resolução desta fratura, teve de ser submetido a cirurgia para colocação de material de osteossíntese no membro inferior. Durante a cirurgia, teve algumas perdas hemáticas e houve necessidade de realizar algumas colheitas de sangue, no decorrer do internamento para controlo de hemoglobina. Procedimento este, que era bastante complicado de executar devido à ansiedade que J. manifestava perante o mesmo.

Neste dia, era necessário proceder mais uma vez a uma colheita de sangue. Ao saber que este era um procedimento, que despoletava uma emocionalidade negativa bastante intensa, informei previamente e em separado o pai do J. acerca do que iria decorrer, referindo que poderia permanecer junto do seu filho, e que tentaríamos ao máximo minimizar as emoções negativas no J.

Momentos antes de proceder à colheita de sangue dirigi-me ao J. e ao seu pai, e num tom de voz suave e calmo informei o J., que teríamos de colher um pouco de sangue para análise, mas que iria colocar-lhe um pequeno penso que anestesia a sua pele, para que não sentisse dor (EMLA®). Ao escutar-me o J. ficou imediatamente agitado, afirmando que não queria, enquanto chorava intensamente. Contudo com a distração proporcionada pelo pai, e com a minha saída do quarto, percebeu que não iria ser naquele momento e passados uns instantes ficou tranquilo e a brincar. Compreendi que o estado emocional do J. iria exigir da minha parte a mobilização de estratégias que promovessem uma experiência o mais positiva possível. Perguntei ao pai do J. quais os brinquedos que ele preferia, ao que ele me disse que o J. gostava muito de animais. Atendendo a isto, fui até à sala de brinquedos e recolhi todos os brinquedos semelhantes a animais, e levei-os até à sala de tratamentos, local onde se iria proceder à colheita de sangue.

Após aguardar o efeito benéfico do penso EMLA®, fui até ao quarto do J. e levei-o até à sala de tratamentos na companhia do pai. Já havia sido explicado o procedimento e questionado ao pai de J., se queria ou não participar, colocando-o à vontade na sua escolha, ele referiu querer estar presente e ajudar. Apesar de choroso, olhou para os brinquedos e ficou surpreso, promovi que o J. ficasse sentado ao colo do seu pai, coloquei os animais em seu redor, o pai abraçou-o e colocou um vídeo com animais e música para que pudesse olhar aquando a punção. À medida que ia

decorrendo o procedimento ia explicando o que se estava a passar. O J. apesar de manifestar choro e alguma ansiedade, colaborou no procedimento. No final, perguntou se já estava, assenti e disse-lhe que se tinha portado muito bem, dando-lhe um diploma de bom comportamento, ao qual o J. reagiu com surpresa e um sorriso, referindo que nunca lhe tinham dado nenhum diploma. Dirigiu-se ao pai e perguntou se se tinha portado bem, ao que o pai disse “portaste-te como um crescido, muito bem”. O J. e o pai saíram tranquilos da sala de tratamentos.

Refletindo na aplicabilidade do algoritmo...

“Preparar as crianças para procedimentos diminui a sua ansiedade, promove a sua cooperação, reforça ou ensina habilidades de *coping* e promove uma sensação de controlo ao experimentar um acontecimento potencialmente gerador de *stress*”, é importante a presença e suporte parental, providenciar uma explicação, envolver a criança, permitir a expressão de sentimentos e dar reforço positivo (Brown, 2014, p. 1064).

Desta forma, aplicando o algoritmo de atuação (Apêndice I) compreendi as vivências emocionais intensas pelas quais o J. estava a passar, tal como os *stressores* que lhe estavam associados, nomeadamente a perda de controlo, lesão corporal e dor. As emoções identificadas no J. foram o medo, a ansiedade e a ira. No que concerne às respostas emocionais, foram identificadas o choro, a negação e a agitação. Assim, concluí que J. apresentava-se sobrecarregado emocionalmente, sendo necessária a intervenção holística e humanizada de enfermagem. Recorri à mobilização de estratégias que aumentassem o seu sentimento de controlo sobre a situação.

Enquanto comunicava com J. tive em atenção que o seu pensamento é egocêntrico vendo as coisas em função de si, e do seu ponto de vista (Hockenberry, 2014), adequando a comunicação em conformidade.

No que diz respeito às estratégias não farmacológicas de alívio da dor, destaco a distração como uma estratégia importante, sendo aproveitados os brinquedos e o telemóvel. Indo ao encontro disto, a OE (2013) afirma que, a distração é uma estratégia não farmacológica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso, é útil em procedimentos como a colheita de sangue. Apoiando esta ideia Brown (2014) refere que, a distração é uma poderosa estratégia de *coping* durante os procedimentos dolorosos. Ainda inseridas nas estratégias não farmacológicas, menciono como fundamental o fornecimento de informação antecipatória a J., quando o informei momentos antes do procedimento pelo qual iria ser sujeito. Segundo a OE (2013), a informação acerca dos procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança, esta informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, pois crianças com idade inferior a seis anos não retêm informação por mais de uma hora, este fornecimento de informação visa reduzir o seu medo e aumentar o seu autocontrolo. Nesta interação de cuidados destaco também a

importância do reforço positivo, ou seja, o fato de ter fornecido o diploma de bom comportamento ao J., para Brown (2014) as crianças necessitam que os adultos lhe digam que fizeram o seu melhor naquela situação, os sistemas de recompensa à criança podem ser na forma de autocolantes, estrelas ou emblemas de coragem. Menciono também como importante, o aspeto de ter colocado antecipadamente o penso anestésico, EMLA® para minimizar a dor provocada durante o procedimento, esta estratégia insere-se na filosofia dos cuidados não traumáticos.

Prosseguindo e aplicando o algoritmo, mobilizei estratégias de gestão de emoções reativas importantes, nomeadamente quando envolvi o pai do J. nos cuidados e promovi que participasse na intervenção consoante a sua vontade. Para Diogo (2015) uma das ações envolvidas na gestão das emoções reativas é envolver a família nos cuidados, pois os enfermeiros procuram diminuir a ansiedade e medo das crianças, dando espaço à função parental proporcionando que os pais estejam presentes e participem nos procedimentos. Procedi à gestão de emoções reativas, desviando o foco de atenção do J. pois com a ajuda de brinquedos e do telemóvel, foquei a sua atenção no ambiente envolvente e não no procedimento que estava a decorrer. Quando se desvia o foco de atenção, recorre-se a aspetos do meio ambiente como desenhos, brinquedos ou música, minimizando o medo e desviando o foco de atenção da sua fonte (Diogo, 2015). Percebe-se também a importância que o ambiente exerceu sobre o J., uma vez o cliente interage com o ambiente (Freese, 2004). Englobada nestas estratégias, expliquei e esclareci dúvidas ao J. e ao seu pai durante o procedimento, explicando todos os passos, adotando uma linguagem simples e adequada ao desenvolvimento do J.

Atendendo ao referido, aplicando o algoritmo (Apêndice I) e as suas estratégias de gestão recíproca das emoções e da informação utilizadas nesta interação, destaco o fornecimento de informação para promover o autocontrolo; adequar a informação relacionando-a com menores níveis de experiência de dor; prover informação tendo em conta o estado emocional do cliente; e fornecer informação promovendo a abordagem holística e emoções positivas.

Como declara Barros (2003), a preparação e a informação é uma estratégia importante, que visa permitir à criança e à família alguma sensação de controlo sobre a situação ou estímulo doloroso, pois é sabido que as crianças se adaptam melhor quando se envolvem na preparação e controlo de experiências *stressantes*. Assim o fornecimento de informação acerca das situações *stressantes* irá facilitar o confronto com as mesmas, devido à formação de esquemas cognitivos que permitem aumentar

o grau de previsibilidade e aumentar a capacidade do cliente de compreender e interpretar a experiência.

Refletindo nesta última situação de cuidados, algo que poderia ter melhorado, e que certamente numa situação futura irá ser planeado, foi o fato de depois do procedimento realizado a J., não ter tido disponibilidade para ter permanecido junto de si durante alguns momentos. Como afirma a OE (2013), num dos seus princípios para a utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, é que o enfermeiro deve permanecer junto da criança após um procedimento doloroso, e aproveitar esse momento para utilizar a brincadeira lúdica e permitir a sua expressão de sentimentos. Segundo Brown (2014, p. 1068), é importante que se realize a revisão dos detalhes do procedimento por forma a “esclarecer equívocos e permitir obter o feedback necessário para que o enfermeiro melhore as estratégias de preparação a utilizar”, uma das intervenções mais eficazes é a brincadeira terapêutica.

NOTA CONCLUSIVA

A prestação de cuidados de enfermagem deve atender ao holismo, e desenrolar-se à luz de uma abordagem integrada, sem excluir a vertente emocional, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados (Morais et al., 2009). O enfermeiro pode ter acesso indireto à mente de uma pessoa, às suas emoções através do corpo, da mente ou alma, sendo para isso necessário tratar o corpo conjuntamente com a mente e as emoções (Watson, 2012).

É essencial utilizar a sensibilidade ficando aberto às emoções da pessoa, permitindo a expressão emocional e o cuidado com emotividade, promovendo consequentemente o bem-estar do cliente (Diogo, 2006). Assim, percebendo que quando se fornecem informações aos clientes são satisfeitas várias necessidades, de entre as quais a redução da ansiedade, diminuição do *stress* e promoção do sentimento de controlo (Diogo, 2015 citando Levine et al.), “a forma de definir a gestão da informação acaba por fazer a simbiose perfeita entre aquela e a gestão de sentimentos” (Lopes, 2006, p. 261). As informações possibilitam a organização do seu estado emocional e, consequentemente melhor enfrentamento da situação (Scheiner & Medeiros, 2011).

Saliento, a pertinência da aplicação do algoritmo (Apêndice I), a qual se constitui num valioso instrumento para a orientação da intervenção de enfermagem, no que concerne à gestão recíproca das emoções e da informação. A abordagem desta problemática é importante, na medida em que por um lado, para poder atenuar os sentimentos perturbadores as crianças podem beneficiar de preparação e suporte através do fornecimento de informação (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Tal como, a presença de emocionalidade excessiva também pode provocar enviesamentos no modo como a informação é compreendida (Barros, 2003). Fundamenta-se assim, que o enfermeiro deve intervir nesta gestão emocional dos clientes, pois as suas respostas emocionais podem ser intensas, e os cuidados de enfermagem têm de ter como foco as experiências emocionais e as estratégias de confronto na gestão emocional da criança e da família (Pereira et al., 2010). O objetivo é que a criança e a família tenham um melhor autocontrolo, conseguindo atenuar a emocionalidade excessiva, mantendo-se calmas, adaptando-se à situação de hospitalização, recuperando mais facilmente (Diogo, 2015).

Nos cuidados de enfermagem inserem-se uma variedade de intervenções que precisam de se apoiar em evidência científica (Craig & Smyth, 2004), surgiu assim a

elaboração do algoritmo mencionado, sustentando-o com evidência científica. O presente documento pretende explicitar a constatação dos resultados da sua aplicação.

Um aspeto importante que se salienta na aplicação do algoritmo, é a importância do envolvimento do enfermeiro na situação (Benner, 2001), pois ao envolver-se na experiência, o enfermeiro mobiliza recursos internos de autocontrolo do cliente, encontrando sentido para a experiência, e deste modo atenua a emocionalidade excessiva, funcionando assim os enfermeiros como recurso em si (Diogo, 2015).

Conclui-se, que após aplicar o algoritmo de intervenção em enfermagem, com foco na gestão recíproca das emoções e da informação (Apêndice I), a sua aplicabilidade considera-se relevante e pertinente no decorrer da prática de cuidados, compreendendo-se que após a sua aplicação foram obtidos resultados positivos no que concerne à tranquilidade, bem-estar e satisfação do cliente. Tenciono assim, continuar a aplicar o algoritmo noutras situações de prestação de cuidados, sempre que se considerar pertinente, melhorando-o e obtendo contributos que melhorem a minha intervenção.

Esta atividade permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas: “A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão”, “A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão”, “A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação”, “B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados”, “B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas”, “B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria”, “C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade”, “D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente” e “D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (Diário da República [DR], 2019, p.4647-4650). “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (DR, 2018, p.19193-19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Broering, V. & Crepaldi, C. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 15-23.
- Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. Em: Hockenberry, J. & Wilson, D. Wong *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Craig, J & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ªed). Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016b). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Em: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª edição, pp 163-183). Loures: Lusociência.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5ªed). Lisboa: Círculo de Leitores.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido a 30/09/2018. Obtido de: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro-Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Morais, G., Costa, S., Fontes, W. & Carneiro, A. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*, 22 (3), 323-327.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série I, 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Guião para a organização de Projetos de Melhoria Continua de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Seção Regional do Sul. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II série (Nº 113 de 12-7-2018), 19192-19194.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In: Hockenberry, J. & Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Schneider, C. & Medeiros, L. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc & Ciência*, 2 (2), 140-154.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. (2nd edition). London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICE

Apêndice I – Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das
Emoções e da Informação

Algoritmo de Atuação em Enfermagem: Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

Criança e sua Família

Vivências emocionais potencialmente intensas associadas a doença/hospitalização/cirurgia
(ansiedade da separação, perda de controlo, lesão corporal e dor; medo, ansiedade, raiva, tristeza, ira, vergonha)

Identificação de respostas emocionais da criança e família
(choro, agitação, negação, desconfiança, procura insistente de informação)

Sim

Não

Criança e família sobrecarregadas emocionalmente

Capacitação e bem-estar na criança e família

Intervenção Holística de Enfermagem

Mobilizar estratégias que aumentem o controlo sobre a situação

Estratégias de Comunicação

- Comunicar através do brincar
- Usar linguagem simples
- Escutar e perceber o outro
- Ser empático
- Facilitar a expressão de sentimentos

Estratégias não-Farmacológicas para Alívio da Dor

- Sucção não-nutritiva
- Relaxamento
- Distração
- Utilização de objeto significativo

Estratégias para Lidar com os Medos

- Envolver os pais
- Fornecer informação
- Brincadeira lúdica e terapêutica
- Quando possível eliminar o fator que provoca medo

Estratégias de Gestão de Emoções

Antecipação:

- postura calma e carinhosa
- mostrar disponibilidade
- fornecer explicações/informações

Reativas:

- envolver a família nos cuidados
- explicar e esclarecer dúvidas
- desviar o foco de atenção

Estratégias de preparação para procedimentos, fornecer informações/explicações

Estratégias de Gestão Recíproca das Emoções e da Informação

- ✓ Fornecer informação para promover o autocontrolo, tranquilidade e bem-estar;
- ✓ Dar informação adequando a avaliação dos níveis satisfatórios de informação e menor experiência de dor;
- ✓ Prover informação tendo em conta as habilidades cognitivas, e o seu estado emocional;
- ✓ Dar informação tendo em conta o ritmo, local, linguagem e terminologia claras para não induzir emoções negativas;
- ✓ Estimular para a expressão de necessidades, dúvidas, sentimentos e preocupações de modo a adequar as necessidades de informação;
- ✓ Adequar a informação necessária evitando a sobrecarga emocional;
- ✓ Fornecer informação num processo continuado e repetido, incluindo dar significado às vivências;
- ✓ Utilizar uma abordagem holística promovendo emoções positivas;

Bem-estar, sentimento de controlo e capacitação da criança e família

Sim

Não

Promoção de emocionalidade positiva, preparação, segurança, e experiência de hospitalização/cirurgia mais positiva para a criança e família.

ANEXOS

Anexo I – Certificado de formação em suporte avançado de vida pediátrico



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verda para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Liliana Isabel Martinho Moreira, nascido(a) a 11-05-1987, em Torres Vedras, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação [redacted] concluiu com aproveitamento, em 09-11-2018, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Suporte Avançado Vida Pediátrico

que decorreu de 08-11-2018 a 09-11-2018, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 17,3 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Centro, 08-02-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 113-1.0-0918/34296/61301/2018

Válido até Novembro de 2023

Mod. INEM.061/2

Anexo II – 1^{as} Jornadas “Emoções em Saúde” – Contributos para o desenvolvimento da competência emocional dos enfermeiros

1^{as} Jornadas 'Emoções em Saúde' da ui&de/ESEL

Área de investigação "Emoções em Saúde"



Certifica-se que

Liliana Isabel Martinho Moreira

Participou nas 1^{as} Jornadas 'Emoções em Saúde' da ui&de/ESEL, subordinado ao tema "*Contributos para o desenvolvimento da competência emocional dos enfermeiros*", que teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, no dia 14 de março de 2019.

Paula Helena Jorge Diogo

Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"

1^{as} Jornadas 'Emoções em Saúde' da ui&de/ESEL

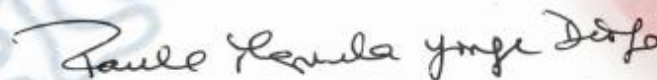
Área de investigação "Emoções em Saúde"



Certifica-se que

Liliana Isabel Martinho Moreira

Frequentou o Workshop "Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: da conceção à prática", integrado nas 1^{as} Jornadas 'Emoções em Saúde' da ui&de/ESEL, que teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, no dia 14 de março de 2019, com a duração de 3h.



Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"